

MANUEL D'UTILISATION du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu

Dépistage et évaluation du besoin d'aide –
Alcool / Drogues
Détection du besoin d'aide / Jeu
Version 1.08

Joël Tremblay, Ph.D.
Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.

Les auteurs du cahier actuel sont :

Joël Tremblay, Ph. D.
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières
RISQ

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.
Service de recherche du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et du Centre de réadaptation en
alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

Auteurs du DÉBA-Alcool et DÉBA-Drogues

Joël Tremblay, Ph. D., UQTR
Pierre Rouillard, M.D., psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard
Mario Sirois, M. Psy., Centre de santé et services sociaux du Grand Littoral

Auteurs du DÉBA-Jeu

Joël Tremblay, Ph. D., UQTR
Jean-Marc Ménard, M. Psy., Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
Francine Ferland, Ph. D., Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu
(CQEPTJ)

Semblable à la version adaptée pour le Programme de formation en dépendances pour les CSSS.

© 2009 Service de recherche CRUV / ALTO

Tous droits réservés

ISBN 978-2-923230-14-6

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque nationale du Canada, 2009

NOTE :

Toute citation provenant du DÉBA-A/D/J peut se faire avec mention de la source, soit du manuel d'utilisation de l'instrument ou encore des instruments eux-mêmes.

Pour le manuel :

TREMBLAY, Joël, et Nadine BLANCHETTE-MARTIN (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 1.08, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

Pour le DÉBA-A/D :

TREMBLAY, Joël, Pierre ROUILLARD et Mario SIROIS (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca

Pour le DÉBA-Jeu :

TREMBLAY, Joël, Jean-Marc MÉNARD et Francine FERLAND (2001). *Détection/évaluation du besoin d'aide – Jeu*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	6
CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE.....	8
DÉFINITIONS	9
<i>Les définitions suivantes amèneront un éclairage sur les divers termes utilisés dans ce manuel :.....</i>	<i>9</i>
<i>Consommation à risque.....</i>	<i>9</i>
<i>Consommation problématique</i>	<i>9</i>
<i>Diagnostic d'abus</i>	<i>10</i>
<i>Diagnostic de dépendance</i>	<i>10</i>
APPROXIMATIONS DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CATÉGORIES DE CONSOMMATEURS D'ALCOOL	12
OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-A/D	14
CADRE TEMPOREL	14
<i>Quelques particularités concernant la période d'évaluation « 12 derniers mois »</i>	<i>15</i>
ÉVALUATIONS EN SÉRIE	17
LA PASSATION DE UN OU DEUX DÉBA.....	17
DESCRIPTION DU DÉBA-A.....	17
PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL.....	19
<i>Évaluation de la consommation d'alcool au cours de la dernière année</i>	<i>19</i>
<i>Consommations standard et équivalences</i>	<i>19</i>
<i>Établissement de seuils identifiant une consommation à risque</i>	<i>20</i>
<i>Question n° 1 : Fréquence de consommation d'alcool depuis un an.....</i>	<i>20</i>
<i>Question n° 2: Nombre de verres d'alcool lors d'une semaine typique de consommation</i>	<i>23</i>
<i>Question n° 3 : Nombre d'épisodes de forte consommation.....</i>	<i>23</i>
PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - QUESTIONNAIRE BREF SUR LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL	25
<i>Questions n° 4 à 18 : Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA).....</i>	<i>25</i>
<i>Buts</i>	<i>25</i>
<i>Description.....</i>	<i>25</i>
<i>Cotation.....</i>	<i>25</i>
<i>Normes</i>	<i>26</i>

Question n° 19: Désir de recevoir de l'aide	28
PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	28
Questions n° 20 à 28: Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA).....	28
DESCRIPTION DU DÉBA-D	31
PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE DE DROGUES.....	35
Fréquence de consommation des diverses substances	35
Question n° 1: Fréquence de consommation des médicaments sédatifs.....	36
Questions n° 2 à 8 : Fréquence de consommation de chacune des drogues	36
Question n° 9 : Fréquence de consommation des diverses drogues confondues.....	37
PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA DÉPENDANCE	37
Questions n° 10 à 14 : Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD).....	37
Cotation.....	38
Question n° 15 : Désir de recevoir de l'aide	39
PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES.....	39
Questions n° 16 à 24: Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCA).....	39
LE RAPPORT PERSONNALISÉ D'ÉVALUATION	44
Consommation à faible risque ou feu vert.....	45
Consommation à risque ou feu jaune.....	45
Consommation problématique ou feu rouge	45
DESCRIPTION DU DÉBA-JEU	54
CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE.....	54
Définitions et prévalences	54
Objectifs généraux du DÉBA-Jeu.....	56
Cadre temporel et algorithme décisionnel	57
Les questions	58
INTERPRÉTATION DES SCORES	60
RÉFÉRENCES.....	61
ANNEXE 1: DÉBA-ALCOOL.....	65

ANNEXE 2 : CHOIX DE RÉPONSES DU DÉBA-ALCOOL	69
ANNEXE 3 : DÉBA-DROGUES	72
ANNEXE 4 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-DROGUES.....	75
ANNEXE 5 : DÉBA-JEU	79
ANNEXE 6 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-JEU	81
ANNEXE 7 : TABLEAU DES PRODUITS FRÉQUEMMENT CITÉS PAR LES USAGERS	83

INTRODUCTION

Depuis quelques années, nous assistons à une diversification de l'intervention publique en dépendance. Tout d'abord, en première ligne, l'intervention du réseau de la santé et des services sociaux cible les individus présentant une consommation qui comporte un risque pour la santé physique et le bien-être biopsychosocial ou encore une consommation causant divers problèmes, mais dont l'intensité n'est pas trop sévère.

D'un autre côté, les centres spécialisés, en l'occurrence les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT)¹, sont responsables de l'intervention auprès des individus dont l'intensité de la consommation conduit à une problématique similaire à un diagnostic d'abus ou de dépendance. En ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent, les CRPAT assument la prestation de service auprès des personnes présentant cette problématique, selon le mandat reçu en 2001 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

C'est en vue d'assister les intervenants de la première ligne dans la tâche qui leur est dévolue en matière de détection et d'orientation des personnes ayant des besoins en dépendances (Faulkner, Paquet, & Doré, 2007) que l'outil DÉBA-A/D/J a été développé. Le nom du DÉBA, qui signifie « Détection et évaluation du besoin d'aide », illustre d'ailleurs bien les besoins du réseau de la santé et des services sociaux ayant présidé à son développement. Les intervenants peuvent donc utiliser le DÉBA pour :

- Détecter, identifier le degré de sévérité de la consommation d'alcool, de drogues ou de recours aux jeux de hasard et d'argent;
- Appairer les degrés de sévérité à des niveaux de soin pour permettre l'orientation des personnes vers un niveau de service adapté à leurs besoins d'aide, p. ex., orientation vers les services d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou vers ceux d'un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT).

Dans le présent manuel d'utilisation, les intervenants de première ligne seront initiés à l'utilisation du DÉBA-A/D/J qui permet de détecter les problématiques en regard de la consommation d'alcool (DÉBA-Alcool), de drogues (DÉBA-Drogues) ou de jeux de hasard et d'argent (DÉBA-Jeu). Tout d'abord, le DÉBA-A et le DÉBA-D procurent une évaluation en profondeur pour l'intervention en première ligne lorsqu'une personne doit être orientée vers les services du CSSS. En plus de la détection de la problématique, le DÉBA-A/D/J leur procure une évaluation complète leur permettant d'élaborer un plan d'intervention.

D'ailleurs, dans une perspective d'intervention motivationnelle, le DÉBA-A et le DÉBA-D permettent de fournir un rapport écrit détaillé de la situation de la personne évaluée.

Comme tout instrument de mesure, la famille des DÉBA est en constante évolution. Par

¹ Les CRPAT peuvent avoir des ententes de service avec des ressources communautaires et semi-privées dont la mission est en concordance et en arrimage avec l'offre publique de service en dépendances.

exemple, le DÉBA-Jeu est présentement soumis à une seconde étude de validation. À la suite de cette étude, une version mise à jour de l'instrument sera diffusée à la fin de l'année 2009 ou début de 2010. Une étude de validation du DÉBA-A et du DÉBA-D doit également avoir cours bientôt, une nouvelle version de l'instrument pourra par la suite être diffusée. Il est entre autres souhaité que le DÉBA-A et le DÉBA-D soient fusionnés en un seul questionnaire.

Nous tenons également à rappeler que le DÉBA-A/D/J a été créé dans une perspective de collaboration à l'intérieur des services publics et, à ce titre, l'instrument peut être reproduit à volonté, sans frais d'utilisation. Cependant, les reproductions de l'outil doivent identifier les auteurs, que ce soit pour le DÉBA ou pour les sous-sections de l'instrument comme les questionnaires.

Tous les instruments, leurs versions mises à jour, les versions anglaises, les manuels d'utilisation, de même que des informations additionnelles sur leurs qualités psychométriques sont disponibles sur le site Web du Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve au www.cruv.qc.ca, de même qu'à l'adresse du RISQ (<http://www.risqtoxico.ca>).

LE DÉBA - ALCOOL / DROGUES (DÉBA-A/D)

CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE

Le DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogues (DÉBA-A/D) ont comme objectif de détecter² et d'identifier le degré de sévérité de la consommation d'alcool ou de drogues. Cet instrument permet d'apparier les degrés de sévérité à des niveaux de soin pour permettre l'orientation des personnes vers un niveau de service adapté à leurs besoins d'aide, p. ex., vers des services en centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou vers des services en centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT). Particulièrement utiles lors de l'intervention en première ligne, le DÉBA-A/D facilite non seulement la détection, mais procure aussi une évaluation complète en vue de mieux orienter les personnes. En fait, le DÉBA-A/D favorise grandement l'élaboration d'un plan d'intervention pour les services en première ligne.

Les intervenants de la première ligne peuvent de plus remettre un rapport écrit bref à la personne évaluée, dans une perspective d'intervention motivationnelle, et fournir un *feedback* structuré.

Quatre concepts ont été retenus à titre de descripteurs cliniquement significatifs des niveaux d'intensité des problèmes associés à une consommation d'alcool ou de drogues :

- La consommation à risque, caractérisée par le dépassement de seuils spécifiques au-delà desquels des risques pour la santé sont connus;
- La consommation problématique, où la personne présente des problèmes manifestes liés à sa consommation;
- L'abus de substances, déterminé par un diagnostic d'abus selon les critères diagnostiques;
- La dépendance envers une substance, indiquée par des réponses positives aux critères diagnostiques de la dépendance aux substances.

² Pour le DÉBA-A/D l'acronyme signifie « Dépistage et évaluation du besoin d'aide ». Le terme dépistage fait partie du nom historique de cet instrument. Probablement qu'il aurait été préférable d'utiliser le terme détection puisque le terme dépistage fait davantage référence à une procédure systématique d'identification de tous les « cas » au sein d'une population spécifique. Il faut donc comprendre que le DÉBA-A/D n'est pas d'abord un instrument développé pour mener des travaux de dépistage systématique. Le DÉBA-A/D est principalement un outil d'aide à la décision clinique d'où le terme plus approprié de détection.

DÉFINITIONS

Les définitions suivantes amèneront un éclairage sur les divers termes utilisés dans ce manuel :

Consommation à risque

Une consommation d'alcool à risque correspond à une quantité et à un patron de consommation d'alcool causant une augmentation significative de la probabilité de l'émergence de problèmes associés à cette consommation, et ce, pour la majorité des adultes en santé (Bondy et al., 1999). Ces problèmes peuvent être de divers ordres sur les plans physique (maladies, risques d'accident), psychologique, social et judiciaire. Les critères de la consommation à risque sont ici définis pour une population générale adulte en santé et s'appuient sur des courbes de probabilité d'émergence pour divers problèmes, et ce, en fonction de critères de quantité et de fréquence de consommation.

Il est important de mentionner que l'individu ayant une consommation à risque n'expérimente pas de problèmes concrets associés à sa consommation. Bien qu'elle ne réfère pas à un diagnostic, la consommation à risque se traduit par un ensemble de comportements qui augmentent significativement la probabilité de l'apparition de divers problèmes y étant associés. Cependant, certains individus ayant une consommation à risque n'expérimenteront jamais de problèmes liés à cette pratique. Les critères de consommation à risque s'appuient avant tout sur des probabilités d'apparition de problèmes; ils n'indiquent en aucun cas qu'un individu particulier pourrait vivre éventuellement lesdits problèmes.

Toute intervention auprès des individus ayant une consommation à risque est donc de type préventif. L'intervention vise alors à contrer l'éventuelle apparition de difficultés conséquentes des habitudes de prise d'alcool ou de drogues.

Rappelons que les critères d'une consommation à risque sont établis pour une population adulte en santé et que, par conséquent, la présence de difficultés sur les plans de la santé physique et mentale ne pourra qu'augmenter le niveau de risque associé à un même degré de consommation d'alcool (Bondy et al., 1999) ou de drogues.

Si une personne expérimente déjà des problèmes associés à sa consommation, celle-ci sera qualifiée de problématique.

Consommation problématique

Une consommation problématique d'alcool ou de drogues est une consommation pour laquelle l'individu expérimente concrètement divers problèmes associés : conflits interpersonnels (p. ex., des membres de la famille reprochent l'excès de consommation), difficultés financières (p. ex., des dépenses élevées sont effectuées pour l'achat de cocaïne), prises de risques injustifiés (p. ex., la conduite d'une moto marine en contexte de consommation), démêlés judiciaires (p. ex.,

arrestation pour possession simple ou pour conduite avec facultés affaiblies), etc. Toutefois, l'intensité des problèmes n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic d'abus de substances.

Diagnostic d'abus

Le diagnostic d'abus d'une substance fait référence à la définition utilisée dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). L'abus de substances se reconnaît par la présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à une utilisation répétée de la substance. Il est à noter que les « problèmes doivent survenir de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois » (APA, 2000, version française, p. 229).

Les critères diagnostiques spécifiques sont les suivants :

« A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- (1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
- (2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
- (3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
- (4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance » (APA, version française, 2000, p. 230).

Diagnostic de dépendance

« La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes

cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive » (APA, 2000, p. 222). De plus, les auteurs ajoutent que « bien qu'il ne soit pas spécifiquement cité comme critère, le manque (envie impérieuse d'utiliser la substance) est susceptible d'être éprouvé par la plupart des sujets (sinon tous) qui présentent une dépendance à une substance » (APA, 2000, p. 224).

Les critères diagnostiques spécifiques sont les suivants :

« Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- (1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - (b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
- (2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - (a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - (b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- (3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
- (4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- (5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets
- (6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- (7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été

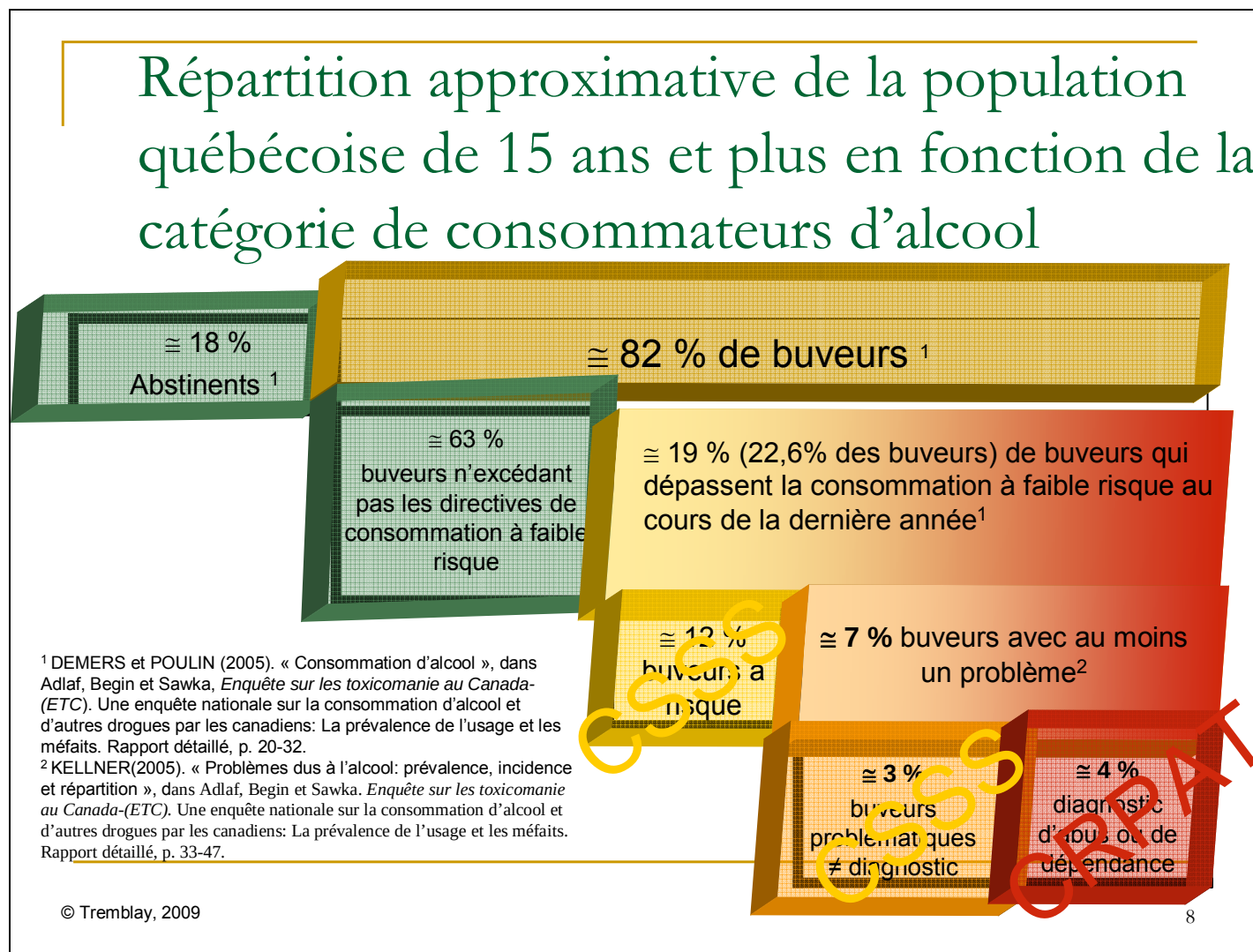
causé ou exacerbé par la substance (p. ex., poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool) » (APA, 2000, p. 228).

De plus, le diagnostic de dépendance doit être complété par la mention de la présence ou non d'une dépendance physique. Il est par ailleurs à noter que le critère d'intensité qui qualifiait auparavant la dépendance comme légère, moyenne ou grave ne se retrouve plus dans la version du DSM-IV-TR (APA, 2000) alors qu'elle était incluse dans la version française du DSM-IV (APA, 1996) et dans la version anglaise du DSM-III-R (APA, 1987).

APPROXIMATIONS DE LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CATÉGORIES DE CONSOMMATEURS D'ALCOOL

Le lecteur retrouvera, dans la section portant sur le Rapport personnalisé d'évaluation, des tableaux présentant la prévalence de consommation de diverses SPA au sein de la population canadienne. Le lecteur peut également prendre connaissance de nombreuses informations concernant les prévalences en lien avec les divers types de consommation d'alcool et de drogues dans les sections décrivant en détail chacune des questions du DÉBA-A/D. La figure suivante présente notamment les estimations de répartition de la population générale en fonction des catégories de consommateurs d'alcool telles que précédemment définies.

Figure 1. Répartition approximative de la population québécoise de 15 ans et plus en fonction de la catégorie de consommateurs d'alcool



OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉBA-A/D

Le DÉBA-A/D permet de :

- Identifier les différents types de consommateurs d'alcool et de drogues: les individus abstinentes, ceux pour qui la consommation présente de très faibles risques, les consommateurs à risque, ceux dont la consommation entraîne divers problèmes, les personnes ayant potentiellement un diagnostic d'abus ou de dépendance au produit consommé;
- Orienter les individus vers un niveau de service approprié à la sévérité de leur problématique de consommation. Les institutions assurent la prestation de service selon les responsabilités qui leur incombent. Les services de première ligne, sont offerts notamment par les CSSS, tandis que les consommateurs abusifs ou dépendants sont dirigés vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) responsable d'offrir des services spécialisés en dépendances.
- Fournir un rapport personnalisé à la personne évaluée qui lui permet de comparer ses réponses à des normes, par exemple, la consommation en fonction du sexe et de l'âge. Lors de la remise du rapport, la personne obtient un *feedback* de la part d'un intervenant dans le cadre d'un entretien motivationnel.

CADRE TEMPOREL

Pour l'ensemble des DÉBA (DÉBA-A/D et DÉBA-J), la période d'évaluation de la consommation d'alcool, de drogues ou de jeux de hasard et d'argent d'un individu correspond à la dernière année (12 derniers mois). Il s'agit de la balise temporelle fixée dans le DSM-IV-TR. Il était important pour nous de choisir le cadre temporel d'un an, car une période plus courte, par exemple six mois, aurait pu en effet présenter des résultats incomplets. En fait, il aurait été possible qu'à la suite d'une évaluation, un individu ne présente aucune consommation ni aucun symptôme associé à un diagnostic d'abus ou de dépendance pour cette période. Une entrevue approfondie avec la personne aurait pu par contre révéler la présence d'un diagnostic de dépendance ou d'abus pour la période précédente (six premiers mois de l'année). C'est pourquoi le délai d'un an a été retenu pour que la situation d'une personne sur une période de 12 mois soit prise en compte, et ce, en vue de faciliter son orientation vers des services spécialisés en dépendances.

Quelques particularités concernant la période d'évaluation « 12 derniers mois »

Les personnes ayant des phases distinctes de consommation dans la dernière année

La fenêtre temporelle sur laquelle porte le DÉBA-A/D concerne la dernière année. En fait, ce choix repose sur le fait que le DSM-IV-TR utilise cette période de temps pour estimer la présence des symptômes d'abus et de dépendance. Ce choix semble cohérent puisque cette période constitue habituellement un cycle de vie assez représentatif pour une personne. Par exemple, celle-ci a pu vivre un deuil, une joie importante, les fêtes de l'année, etc.

Par contre, certaines situations peuvent nécessiter des exceptions en ce qui a trait à la manière de considérer la dernière année dans le processus d'évaluation, par exemple :

- Les situations où il y a un épisode récent de consommation intensive

La première exception porte sur des personnes pour qui l'épisode de consommation serait extrêmement récent (p. ex., deux dernières semaines) alors que durant le reste de l'année, elles n'auraient pas consommé ou très peu. Ces dernières peuvent avoir récemment vécu des pertes relationnelles majeures telles qu'une séparation, un décès d'un proche, la déclaration d'une maladie grave, etc. À la suite de ces événements de vie majeurs et graves, les personnes peuvent enclencher un épisode de forte consommation d'alcool ou d'autres substances. Il faut alors que l'évaluation au DÉBA-A/D rende compte de cette situation. L'intervenant devra faire un rapport d'évaluation qui explique que les cotes au DÉBA-A/D représentent une situation très récente, tout en expliquant que le contexte de cette consommation semble être en réaction à un événement de vie stressant. Il pourrait également administrer à deux reprises le DÉBA-A/D, une première fois pour mettre en évidence la situation actuelle et une seconde pour mettre en évidence la situation de consommation ayant précédé l'événement déclencheur de l'épisode actuel de consommation.

- Les individus cherchant une évaluation favorable rendant compte d'un arrêt récent de consommation

Une seconde exception concerne les personnes judiciairisées ne désirant pas que leur évaluation porte sur l'ensemble de la dernière année. En effet, certaines personnes peuvent vouloir mettre en évidence que leur situation de consommation ou de jeu s'est grandement améliorée récemment, par exemple, au cours des trois derniers mois. En effet, elles peuvent avoir besoin d'une évaluation favorable en vue de la rédaction d'un rapport présentiel pour le tribunal ou dans le contexte d'une évaluation pour la Direction de la protection de la jeunesse concernant la garde d'enfants. Dans tous ces contextes, en raison de ses inquiétudes quant à la teneur de l'évaluation, une personne pourrait être prête à reconnaître une grande consommation au cours de la dernière année, tout en mettant en évidence qu'elle s'est reprise récemment en main et qu'elle va mieux. Si les questions de l'évaluateur portent sur le comportement le plus fréquent de consommation au

cours de la dernière année, les cotes finales au DÉBA-A/D indiqueront la présence de problèmes importants avec les SPA.

Dans de tels contextes d'exception, l'intervenant peut proposer à la personne de procéder à l'évaluation de la dernière année en la divisant en deux temps différents. Tout d'abord, la période la plus récente, p. ex. les deux derniers mois, où la personne a consommé ou joué moins (dans le cas d'une évaluation avec le DÉBA-J) peut être considérée ; l'autre période correspondrait au reste de l'année où la personne a consommé ou joué plus fortement, p. ex., les dix mois précédents. Par la suite, l'évaluateur fera un rapport synthèse des deux périodes d'évaluation et décrira la situation.

Si l'intervenant choisit cette mesure d'exception, c.-à-d. d'administrer le DÉBA-A/D ou le DÉBA-J sur deux périodes distinctes au cours des derniers douze mois, il ne devra en aucun cas faire la moyenne des deux scores. Dans un rapport synthèse, l'intervenant devra mettre en contraste les deux périodes distinctes vécues au cours de la dernière année tout en faisant ressortir le portrait clinique différent pour chacune de ces deux périodes. En fait, il s'agit de faire une synthèse des deux périodes sur lesquelles a porté l'évaluation.

Finalement, après une telle évaluation, l'intervenant qui souhaite référer un usager vers des services spécialisés en CRPAT, par exemple, devra exercer son jugement. Au besoin, il pourra considérer l'évaluation la plus sévère, si elle fait référence à la plus grande partie de l'année. Si la démarche est trop complexe, une discussion avec une personne du centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) est recommandée.

Les situations où les personnes ont été dans l'impossibilité de consommer pour une période significative

Une autre situation particulière au sujet du temps de référence pour l'évaluation du DÉBA concerne les cas où les individus ont été, au cours de la dernière année, dans un contexte d'arrêt non volontaire de leur consommation ou de leurs habitudes de jeux de hasard et d'argent. Cet arrêt peut avoir été imposé en raison d'une détention, d'une hospitalisation en soins physiques ou en psychiatrie, une thérapie dans un centre interne, etc. Dans ces contextes, il est important d'utiliser la période d'une année ayant précédé la situation particulière.

Par exemple, si une personne a été détenue au cours des six derniers mois, ce sont les 12 derniers mois avant l'entrée en détention qui sont évalués. En effet, à sa sortie de détention, la personne court le risque de retrouver les contextes de vie et la situation de consommations antérieurs à sa période de détention. De plus, il faut prendre en considération sa participation ou non à un traitement en lien avec sa dépendance. Ce type d'évaluation doit toujours être accompagné d'une note d'évaluation où l'intervenant mentionne les particularités de la situation et nuance son propos. Il doit en effet mentionner que, depuis une période précise, la personne ne consomme pas et pour quelles raisons (p. ex., institutionnalisation), tout en spécifiant qu'auparavant, sa situation de consommation était plus intense. L'intervenant doit mentionner s'il y a eu une démarche entreprise en vue de réduire la consommation (p. ex., thérapie, groupes d'entraide en détention, etc.). En fait, il ne faut pas nécessairement présupposer qu'une personne retrouvera sa

consommation d'avant sa période institutionnelle, mais il faut néanmoins demeurer prudent à ce sujet.

ÉVALUATIONS EN SÉRIE

Le DÉBA, dans ses versions « Alcool » et « Drogues », est un amalgame d'évaluations faites les unes après les autres. Chacune permet à l'intervenant de prendre une décision : arrêter l'évaluation et orienter l'utilisateur vers la ressource appropriée ou encore poursuivre l'évaluation afin de mieux identifier la problématique présente. Les concepts sont évalués dans l'ordre suivant : la consommation à risque, la dépendance, la consommation problématique et l'abus.

Les instruments utilisés dans la composition des différentes sections du DÉBA (alcool et drogues) sont brièvement présentés dans ce manuel. Cependant, dans le but d'alléger le texte, les qualités psychométriques de ces instruments n'ont pas été incluses de manière exhaustive. Pour le lecteur intéressé, ces informations sont disponibles sur le site Web du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV) au www.cruv.qc.ca, de même que sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca.

LA PASSATION DE UN OU DEUX DÉBA

Lors de l'évaluation des difficultés éprouvées par une personne avec les substances psychoactives, il est recommandé d'évaluer le degré d'utilisation de l'ensemble des substances psychoactives. En ce sens, la passation des deux DÉBA (DÉBA-Alcool et DÉBA-Drogues) est recommandée. Cependant, afin d'alléger la tâche des services de première ligne lors de l'orientation vers les services spécialisés, certaines régions ont convenu que la passation d'un des deux instruments, soit du DÉBA-Alcool OU du DÉBA-Drogues, était suffisante, et ce, dès que le niveau de sévérité de la problématique, selon l'évaluation, identifiait la nécessité de services spécialisés. Toutefois, il est important de noter que dès qu'une personne est orientée vers les services de première ligne, il apparaît nécessaire d'administrer les deux DÉBA-A/D avant d'établir un plan d'intervention (PI) adapté à la réalité de la personne.

DESCRIPTION DU DÉBA-A

Le cadre d'élaboration du DÉBA-Alcool (DÉBA-A) est présenté au tableau suivant. Ce dernier affiche l'ensemble de la démarche d'évaluation quant à la consommation d'alcool.

Tableau 1. Cadre d'élaboration du DÉBA-A

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ²
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de consommation d'alcool depuis un an	Ne consomme jamais alcool ou moins d'une fois par mois	Consommation généralement sans risque	Arrêt du questionnaire
		Consomme alcool une fois par mois ou plus	Consommation potentiellement à risque	Poursuite du questionnaire
	Évaluation de la quantité d'alcool consommée lors d'une semaine typique de consommation au cours de la dernière année et évaluation de la fréquence des épisodes de forte consommation au cours de la dernière année	Pour les femmes : moins de 10 cons./sem. Pour les hommes : moins de 15 cons./sem. ET 11 épisodes et moins de consommation intensive par année (hommes et femmes)	Consommation généralement à faible risque	Arrêt du questionnaire
		Pour les femmes : 10+ cons./semaine ou Pour les hommes : 15+ cons./ semaine OU 12 épisodes et plus de consommation intensive par année (hommes et femmes)	Consommation généralement à risque	Poursuite du questionnaire et évaluation de la dépendance (QBDA)
Dépendance	Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool, (QBDA; Raistrick, Dunbar et Davidson., 1983)	Score de 0 à 9	Aucune ou faible dépendance	Intervention possible en première ligne et poursuite avec l'ÉCCA pour aider à l'élaboration du PI
		Score de 18 à 45	Dépendance élevée	Arrêt du questionnaire et référence vers la ressource spécialisée en toxicomanie
		Score de 10 à 17	Dépendance modérée	Poursuite du questionnaire pour l'évaluation de la présence de problèmes associés à la consommation (ÉCCA)
Consommation problématique et abus	Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA; Tremblay, Rouillard, et Sirois, 2000)	Aucun seuil n'est déterminé. Les questions portent sur les critères associés au diagnostic d'abus et sur la présence de divers problèmes associés à la consommation	Consommation problématique	Intervention en première ligne
		Une discussion entre les intervenants des ressources spécialisées et de première ligne permettra d'orienter la personne	Diagnostic probable d'abus	Intervention en ressource spécialisée

² Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal de l'utilisateur de recevoir de l'aide afin de changer ses habitudes de consommation.

PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE

D'ALCOOL

Les questions n^{os} 1 à 3 du DÉBA-A (voir le questionnaire en annexe) visent à détecter la consommation à risque ou problématique d'alcool. Si le résultat de la détection est positif, l'évaluateur poursuit l'administration du questionnaire. Si le résultat de la détection est négatif, l'évaluation se termine; toutefois, en cas de doute, l'évaluateur peut choisir de la poursuivre.

Pour cette section, seules les questions portant sur la fréquence de consommation et la quantité d'alcool consommée depuis un an sont utilisées. Ces questions sont standards et utilisées dans de nombreux questionnaires. Elles ont été choisies en fonction des orientations nationales concernant la consommation d'alcool à risque.

Évaluation de la consommation d'alcool au cours de la dernière année

En premier lieu, les premières questions du DÉBA-A évaluent à la fois la quantité d'alcool absorbée lors d'une semaine typique de consommation (Anderson, Cremona, Paton, Turner, & Wallace, 1993) et la fréquence des épisodes de forte consommation (Cooney, Zweben, & Fleming, 1995). Ces deux indicateurs de quantité et de fréquence représentent de bonnes variables pour prédire la probabilité qu'un individu expérimente divers problèmes associés à la consommation d'alcool. Parmi ces problèmes, mentionnons la perte de contrôle de la consommation, la persistance à l'utilisation malgré la conscience des effets néfastes, la consommation dans des situations dangereuses (par exemple, conduite automobile) et évidemment l'accroissement de la tolérance et des symptômes de sevrage (Dawson, Grant, & Harford, 1995). Avant d'examiner plus à fond ces questions, définissons tout d'abord ce que signifie une consommation standard.

Consommations standard et équivalences

Dans le présent instrument, les normes canadiennes utilisées en matière de consommation dans les grandes enquêtes nationales (Single, Van Truong, Adlaf, & Lalomiteanu, 1999) ont été retenues comme balises. Grâce à cette façon de faire, le recours à des descripteurs de la consommation d'alcool comparables à ceux employés dans les études internationales (Miller, Heather, & Hall, 1991) a été possible et a ainsi facilité la comparaison des données.

Au Canada, les normes utilisées en matière de consommation correspondent aux données suivantes :

- Une consommation standard équivaut à 13,6 g ou 17 ml d'alcool pur, soit une bière de 341 ml (12 onces) à 5 % d'alcool;
- Un verre de vin de 142 ml (5 onces) à 12 % d'alcool;

- Un verre de vin fortifié de 85 ml (3 onces) à 20 % d'alcool;
- Un verre de spiritueux de 43 ml (1,5 once) à 40 % d'alcool (Single et al., 1999).

Le lecteur retrouvera à la page 2 du questionnaire DÉBA-A (voir annexe) un tableau plus détaillé des équivalences.

Établissement de seuils identifiant une consommation à risque

Deux recommandations officielles ont orienté le choix des critères en vue de déterminer les seuils de consommation à risque. Tout d'abord, les critères émis en 1997 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (FRT) de l'Ontario (Bondy et al., 1999) ont été retenus pour établir le seuil de consommation non à risque ou à faible risque. Selon ces critères, une consommation non à risque ou à faible risque équivaut à moins de 10 consommations par semaine pour les femmes et moins de 15 consommations par semaine pour les hommes.

Le second point de référence provient du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et concerne le nombre d'épisodes de forte consommation. Comme critère indiquant une consommation à risque pour la santé, le NIAAA a sélectionné la fréquence d'un épisode ou plus par mois de forte consommation, soit cinq verres et plus par occasion (Cooney et al., 1995). Cette fréquence doit toutefois être en présence d'un patron comportemental constant. Le NIAAA n'offre aucune définition opérationnelle d'une consommation à risque au cours d'une année, qui pourrait être évaluée à partir du nombre d'épisodes de forte consommation.

Cependant, si une personne présente les critères suivants : au moins un épisode de forte consommation par mois tout au long de l'année et un patron comportemental consistant, nous pouvons alors estimer que 12 épisodes ou plus de forte consommation par année est un indicateur d'une consommation potentiellement à risque.

Les questions du DÉBA-A seront maintenant présentées une à une.

Question n° 1 : Fréquence de consommation d'alcool depuis un an

Cette première question du DÉBA-A est subdivisée en trois sous-sections et répond à une double fonction. Premièrement, elle permet d'éliminer une proportion considérable d'individus qui n'ont en fait consommé aucun alcool depuis un an. Dans l'éventualité où le questionnaire serait administré de façon systématique auprès de la clientèle, les individus (hommes et femmes) n'ayant pas consommé d'alcool au cours de la dernière année ou en ayant consommé à 11 reprises ou moins verraient l'évaluation s'arrêter immédiatement. Deuxièmement, cette question permet d'estimer l'importance de la consommation d'alcool en la combinant également avec les questions n^{os} 2 et 3.

Il est à noter que la proportion d'individus pour lesquels l'investigation s'arrête dès cette première question varie évidemment en fonction du sexe et du groupe d'âge (Enquête sur les

toxicomanies au Canada de 2004; ETC-2004) (Adlaf, Begin, & Sawka, 2005).

a) Individus n'ayant rien consommé depuis un an

Les données de l'ETC-2004 révèlent que 18 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus n'ont pas bu d'alcool au cours de la dernière année. Ces données sont cohérentes avec celles observées dans les enquêtes précédentes telles que l'Enquête canadienne de 1994 sur la consommation d'alcool et autres drogues (Kellner, 1994) ou celles de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (Single et al., 1999) où les proportions d'abstinents se situent toujours autour d'un individu sur cinq.

Lorsque l'on discrimine les informations selon le genre, on constate qu'environ un homme sur cinq n'a pas consommé d'alcool depuis un an alors que chez les femmes, la proportion est de plus ou moins une sur trois. En scrutant les statistiques par groupe d'âge, nous observons que les individus âgés de 18 à 24 ans présentent le plus faible taux d'abstinence au cours des douze derniers mois (10 %). On retrouve une plus forte abstention de consommation d'alcool au cours de la dernière année chez les 55-64 ans (35,7 %), les 65-74 ans (36 à 45 %) et chez les personnes de 75 ans et plus (48 à 53 %) (Kellner, 1994; Single et al., 1999).

b) Individus ayant consommé 11 fois ou moins depuis un an

La majorité des individus ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année sont le plus souvent à faible risque de présenter des problèmes associés à cette pratique. Chez la population américaine ayant bu de l'alcool au cours de la dernière année, 42,3 % des hommes et 61,4 % des femmes ont bu moins d'un verre standard par jour (Grant, 1994). Il est donc important de fixer des balises afin de ne pas indûment questionner un individu au sujet de sa consommation d'alcool alors qu'elle est en fait à très faible risque.

Par contre, selon l'ETC-2004 (Adlaf et al., 2005), 22,6 % des Canadiens ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année ont déclaré excéder la consommation à faible risque recommandée. Ces proportions étaient à 23,1 % dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (Single et al., 1999). Deux fois plus d'hommes que de femmes ont rapporté avoir adopté ce type de consommation d'alcool, soit 30,2 % comparativement à 15,1 % (Demers & Poulin, 2005). De plus, en 2005, 2,1 % (comparativement à 2,5 % en 1994) des répondants ont rapporté que leur consommation atteignait des niveaux associés à une dépendance clinique à l'alcool (Demers & Poulin, 2005). Par ailleurs, plus de 65 % des Québécois ont indiqué avoir consommé un ou deux verres d'alcool par jour au cours de la dernière année (Demers & Poulin, 2005). Des seuils doivent donc être fixés pour guider la poursuite ou l'arrêt de l'évaluation.

Puisque, selon les critères énoncés plus tôt, la consommation à risque se situe à 12 épisodes et plus de forte consommation par année (voir les critères du NIAAA au début de cette section), il est donc logique d'arrêter l'investigation auprès des individus ayant consommé de l'alcool à 11 reprises ou moins depuis un an, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Le nombre de 12 occasions de consommation au cours de la dernière année est le critère absolu pour poursuivre l'évaluation.

En fait, même si une personne n'a pas bu d'alcool tous les mois, mais qu'elle a tout de même cumulé 12 épisodes de consommation (peu importe la quantité bue à chaque épisode), l'administration du DÉBA-Alcool est poursuivie. Dans ce cas, l'évaluateur noircira la case faisant référence à une consommation de une à trois fois par mois.

En vue de simplifier l'utilisation du DÉBA-Alcool, nous n'avons pas inclus tous les groupes d'individus à risque. Nous avons plutôt opté pour une identification adéquate des cas à partir du plus petit nombre possible de questions. L'intervenant sera toujours appelé à utiliser son jugement clinique pour identifier les besoins d'aide chez les personnes présentant une situation d'exception. Par exemple, chez les personnes considérées comme n'ayant pas une consommation à risque, il est probable qu'une faible proportion vive diverses difficultés. Une personne pourrait notamment présenter une consommation à risque si elle a aussi des problèmes de santé physique ou mentale ou utilise divers psychotropes en concomitance à une faible consommation d'alcool. Dans un tel cas, il est possible qu'une faible consommation d'alcool occasionne des difficultés importantes. Autre exemple, si une personne n'a consommé que 11 fois depuis un an, mais qu'elle boit de très grandes quantités d'alcool à chaque occasion, il se peut que sa consommation soit à risque.

c) Individus ayant consommé au moins une fois par mois depuis un an

Comme nous l'avons vu précédemment, le nombre de 12 occasions de consommation d'alcool depuis un an est le critère absolu pour poursuivre l'évaluation. Les données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 démontrent que 33,3 % des Canadiens de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool une à trois fois par mois au cours des 12 mois précédant l'enquête, dont 30,8 % chez les hommes et 35,9 % chez les femmes. Une forte proportion d'hommes (41,3 %) ont rapporté avoir une consommation d'alcool plus fréquente, soit une à trois fois par semaine Demers & Poulin, 2005.

En regard des réponses pouvant être obtenues pour cette première question, il n'existe pas de règles particulières d'interprétation liées à la fréquence de consommation, cette information sera très utile lors de la réalisation du portrait d'ensemble de la situation de consommation d'un individu. Pour obtenir un portrait clinique plus précis de la consommation d'alcool d'une personne, cette question a été subdivisée en cinq catégories de consommation :

- Jamais consommé;
- Moins d'une fois par mois, pour un total de 11 fois ou moins par année;
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois par année)
- 1 ou 2 fois par semaine;
- 3 fois et plus par semaine.

En règle générale, si une personne consomme une à trois fois par mois ou plus, l'évaluation se poursuit

Question n° 2: Nombre de verres d'alcool lors d'une semaine typique de consommation

Les questions en lien avec la quantité et la fréquence de consommation d'alcool sont particulièrement utiles pour détecter une consommation à risque. Les critères spécifiques permettant d'évaluer ce que représente une telle consommation ont connu diverses évolutions au cours des dernières années. Par exemple, Cooney et ses collègues (1995) estiment qu'à partir de 15 consommations et plus par semaine pour les hommes et de 12 et plus pour les femmes, les risques d'apparition de problèmes de santé augmentent significativement. D'un autre côté, Robson et son groupe de travail (Robson, Edwards, Predy, & Mills, 1995) proposent que le seuil de 12 consommations par semaine soit le critère déterminant l'admission, tant pour les femmes que pour les hommes, à un programme d'intervention brève pour buveurs à risque (*Drinking Decisions*).

Depuis la fin des années 1990, ces critères ont été légèrement révisés notamment en prenant en considération le taux de mortalité général. Par exemple, pour un groupe des femmes consommant 9 verres standard ou moins par semaine, on a constaté une baisse générale du taux de mortalité en comparaison à un groupe de femmes rapportant prendre 10 consommations standards ou plus par semaine (Bondy et al., 1999). Chez les hommes, une absorption de 14 consommations standard par semaine ou moins est reliée à une diminution du taux de mortalité générale en comparaison aux hommes abstinents. À partir de 15 consommations ou plus par semaine, le taux de mortalité générale augmente (Bondy et al., 1999). Au-delà de ces risques à long terme, une consommation dépassant ces limites hebdomadaires est également liée à un accroissement des conséquences négatives à court terme comme une détérioration des relations interpersonnelles et des difficultés à l'emploi (Bondy et al., 1999; Room, Bondy, & Ferris, 1995).

Pour déterminer le seuil d'une consommation à risque pour le présent outil, nous avons retenu les recommandations émises par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario (Bondy et al., 1999), soit un seuil de 10 consommations et plus par semaine pour les femmes et de 15 consommations et plus par semaine pour les hommes.

À titre informatif, voici quelques statistiques intéressantes à recenser. Dans la population générale canadienne, si l'on considère uniquement les personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année, les hommes absorbent en moyenne 5,9 consommations d'alcool par semaine (une consommation = 17 ml d'alcool absolu) alors que les femmes en boivent 2,3 (McKenzie, Williams, & Single, 1997). Chez les individus ayant consommé 12 verres ou plus par semaine depuis un an, près de 20 % des hommes boivent 3,5 verres ou plus par jour alors que seulement 8 % des femmes sont dans cette situation (Grant, 1994).

Question n° 3 : Nombre d'épisodes de forte consommation

Il est clair qu'un plus grand nombre d'épisodes de forte consommation est associé à un accroissement des problèmes de toutes sortes, conséquences de cette consommation (Casswell et collab., 1993; Room et collab., 1995; Sanchez-Craig, 1986). Toutefois, comment définir exactement ce que représente un épisode de forte consommation? À quelle fréquence un tel

épisode peut-il survenir sans que les risques pour le bien-être physique, psychique et social soient accrus?

En ce qui a trait à la définition d'un épisode de forte consommation, une tradition existe : cinq consommations ou plus en une seule occasion. Quoique largement répandue, cette définition est peu documentée sur le plan empirique (Bondy et al., 1999). Quelques résultats de recherche révèlent que l'absorption de quatre verres d'alcool ou moins par jour pour les hommes et trois verres ou moins par jour pour les femmes, et ce, quatre fois ou moins par semaine, est rarement associée à la présence de problèmes liés à l'alcool (Sanchez-Craig, Wilkinson, & Davila, 1995). Ces résultats incitent donc à conserver le seuil de cinq consommations ou plus en une seule occasion comme un comportement à risque pour les hommes, mais à situer ce seuil à quatre consommations ou plus en une seule occasion pour les femmes.

Le National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) a sélectionné la fréquence d'un épisode ou plus par mois de forte consommation (cinq verres et plus par occasion) comme critère pouvant indiquer une consommation à risque pour la santé de l'individu (Cooney, Zweben, & Fleming, 1995), à la condition qu'il soit en présence d'un patron comportemental constant. Si nous transposons ces normes sur une période d'une année, nous pouvons estimer que la présence de 12 épisodes et plus de forte consommation sera un indicateur d'une consommation à risque.

Ces informations nous conduisent à opter pour des seuils de quatre consommations en une seule occasion pour les femmes et de cinq pour les hommes, et ce, au moins 12 fois par année comme indicateurs d'une consommation d'alcool entraînant un plus haut niveau de risques pour la santé de l'individu. Il faut tout de même savoir que ces choix peuvent changer avec le temps en fonction des recherches effectuées sur ce sujet. Toutefois, il semble pertinent de tenter de dépister la population à risque, c.-à-d. les individus dont la santé peut potentiellement se détériorer en raison d'une grande fréquence d'épisodes de forte consommation.

Il est à noter que dans la population générale canadienne, 25,5 % des répondants rapportent avoir consommé cinq verres ou plus en une occasion (c.-à-d. un épisode de forte consommation) au moins une fois par mois, soit 33,9 % pour les hommes et 17,0 % pour les femmes (Demers & Poulin, 2005). Les épisodes de forte consommation hebdomadaire se situent par ailleurs à 6,2 % (9,2 chez les hommes et 3,3 % chez les femmes). Un peu plus de la moitié des hommes (58,0 %) et 33,1 % des femmes ont eu une occasion de forte consommation au moins une fois au cours de la dernière année (Demers & Poulin, 2005). Lorsque l'on examine l'information par groupe d'âge, on remarque que ce sont les 18-24 ans qui rapportent un plus grand nombre d'épisodes de forte consommation hebdomadaire. Quant au groupe des 15-17 ans, plus du tiers (35,7 %) présente au moins un épisode de forte consommation d'alcool par mois (Demers & Poulin, 2005).

En somme, plus le nombre d'épisodes de forte consommation augmente (en nombre absolu ou en proportion du nombre total d'occasions de consommation au cours de l'année), plus la probabilité que l'individu expérimente divers troubles associés à sa consommation d'alcool augmente (Dawson, Grant, & Harford, 1995; Midanik, Tam, Greenfield, & Caetano, 1996).

Lorsque l'individu présente une consommation à risque, l'évaluation se poursuit à l'aide du

Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA). Sinon, elle s'arrête ici.

PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - QUESTIONNAIRE BREF SUR LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Questions n^{os} 4 à 18 : Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA)

Le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA) est utilisé pour les questions 4 à 18 du DÉBA-Alcool. Ce questionnaire est la version française du *Short Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD), élaboré dans sa version originale par un groupe de chercheurs de Leeds, Angleterre (Raistrick, Dunbar, & Davidson, 1983). La traduction française de cet instrument a par ailleurs été effectuée par Tremblay, Dupont et Sirois (1999). Les droits de traduction ont été officiellement obtenus auprès du D^r Raistrick.

Buts

L'instrument vise à évaluer la sévérité de la dépendance à l'alcool et possède plusieurs qualités :

- Adapté aux personnes qui requièrent de l'aide pour des problèmes de consommation d'alcool;
- Mesure le degré de sévérité de la dépendance actuelle;
- Sensible aux différents degrés de sévérité de la dépendance;
- Sensible aux changements dans le temps;
- Relativement libre de biais socioculturels (Raistrick, Dunbar, & Davidson, 1983).

Description

Ce questionnaire compte 15 items élaborés de manière à évaluer différents aspects du syndrome de dépendance (Edwards & Gross, 1976), tels les aspects cognitifs, comportementaux et physiologiques. Une échelle de type Likert à quatre points (0 = jamais à 3 = presque toujours) permet à la personne d'indiquer la fréquence de ses symptômes au cours de la dernière année.

Cotation

Le QBDA est simple d'utilisation. Pour connaître le score total (étendue de 0 à 45), il suffit de faire la somme des cotes obtenues aux 15 items. Les concepteurs proposent des seuils permettant d'établir trois degrés de sévérité de la dépendance. Ainsi, un score de 1 à 9 détermine un faible degré de dépendance à l'alcool, un score de 10 à 19 suggère un degré de dépendance moyen, alors qu'un score égal ou supérieur à 20 indique un degré de dépendance élevée.

En vue de nous assurer que les individus orientés vers les services de première ligne ne présentent pas de profil de dépendance, nous avons ajusté à la baisse le seuil d'interprétation des degrés de dépendance. Voici les cotes retenues et l'orientation suggérée :

- 0 : Aucune dépendance / Poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA (voir la Partie III de la présente section, questions n^{os} 20 à 28);
- 1 – 9: Faible dépendance / Intervention en première ligne (par exemple, le CSSS), il est recommandé de poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA en vue d'établir un plan d'intervention en CSSS;
- 18 -45: Dépendance élevée / Intervention spécialisée (par exemple, le CRPAT), il est recommandé de poursuivre l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA en vue d'établir un meilleur portrait de la consommation de la personne;
- 10 – 17: Dépendance modérée / Poursuite de l'évaluation à l'aide de l'ÉCCA.

Une cote de 1 à 9 indique une faible dépendance. L'évaluation cesse ici et l'individu est orienté vers le CSSS. Une cote de 18 à 45 suggère la présence d'une forte dépendance indiquant une orientation vers des services spécialisés. Par exemple, l'expérience clinique au Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA) indique que 92 % des individus admis pour des problèmes d'alcool reçoivent une cote de 10 et plus au QBDA. Une cote intermédiaire, soit de 10 à 17, indiquant une dépendance modérée, mérite une investigation plus approfondie avant de procéder à l'orientation de la personne. Dans ce cas, l'évaluateur, après avoir demandé à l'individu s'il désire recevoir de l'aide, posera les questions 20 à 28 qui portent davantage sur la présence de problèmes associés à la consommation d'alcool.

Normes

Présentée dans le tableau suivant, la distribution des scores au QBDA permet de répartir les personnes selon leur degré de dépendance telle qu'observée dans différentes études en Angleterre (Davidson & Raistrick, 1986), en Irlande (Doherty & Webb, 1989), au Brésil (Jorge & Masur, 1985), dans un centre de détention au Royaume-Uni (McMurran & Hollin, 1989) et au CRPAT de Chaudière-Appalaches. À titre illustratif, notons que des auteurs (Doherty & Webb, 1989) ont fourni la moyenne $\bar{M} = 22.85$ au QBDA pour 160 individus admis dans le programme de traitement pour personnes alcooliques dans des hôpitaux psychiatriques de Dublin (Irlande).

La lecture du tableau révèle que de faibles proportions d'individus ayant une cote de 1 à 9 au QBDA se retrouvent dans un service spécialisé en dépendances. Il est à noter que les cohortes de jeunes délinquants et de buveurs de type social se retrouvent en plus grand nombre dans les catégories de dépendance légère et d'absence de dépendance. Ceci, dans l'ensemble, confirme le choix des cotes permettant la répartition des participants en fonction du degré de sévérité de la dépendance. Rappelons qu'afin de s'assurer que les usagers dépendants ne soient pas orientés vers les services de première ligne alors que cela n'est pas nécessaire, les auteurs du DÉBA-A ont opté pour abaisser le seuil du QBDA à 18 pour identifier une dépendance élevée, contrairement aux auteurs de la version originale de l'instrument qui fixent le seuil à 20, comme illustré dans le tableau suivant.

Tableau 2. Distribution des scores au QBDA dans différentes cliniques

Score au QBDA	Degré de dépendance	Centre de jour ou suivis externes non intensifs, Leeds Addiction Unit, Leeds, Angleterre, 163 admissions consécutives. Version originale anglaise du SADD (Davidson et Raistrick, 1986).	Traitement pour personnes alcooliques, hôpital psychiatrique de Dublin, Irlande, 160 admissions consécutives évaluées à l'aide de la version originale anglaise (SADD) (Doherty et Webb, 1989).	Traitement pour personnes alcooliques, hôpital psychiatrique interne ($n = 21$) et externe ($n = 29$) au Brésil. Version portugaise du SADD (Jorge et Masur, 1985)	Traitement pour personnes alcooliques et toxicomanes en CRPAT (Chaudière-Appalaches), 256 admissions consécutives pour problèmes d'alcool selon Q.14 IGT / alcool-drogues cote de 1, 2 ou 15. Version française du SADD	Centre pour jeunes délinquants en détention, Leicester, Royaume-Uni. Version anglaise du SADD légèrement modifiée (McMurrin et Hollin, 1989).	Buveurs de type social (abstinents exclus de la recherche) (Jorge et Masur, 1985).
0	Aucune	0 %	0 %	0 %	0 %	18 %	15 %
1-9	Faible	17 %	11 %	4 %	15 %	46 %	76 %
10-19	Modéré	35 %	39 %	26 %	33 %	29 %	9 %
20-45	Élevé	49 %	50 %	70 %	52 %	7 %	0 %
Âge des participants (écart-type)		40,1 ans (11,4)	42 ans (12)	44 ans (étendue 24-61)		19 ans (10,7)	30 ans (étendue 20-53)
Sexe	Femmes	33 %	24 %	12 %		0 %	0 %
	Hommes	66 %	76 %	88 %		100 %	100 %

Question n° 19: Désir de recevoir de l'aide

Il est impératif de demander à l'utilisateur s'il désire recevoir de l'aide afin de diminuer ou d'arrêter sa consommation d'alcool. Il est certain que la cote au QBDA aidera l'intervenant à aborder cette question, selon les circonstances de l'entrevue.

PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Questions n° 20 à 28: Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA)

L'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2000) a été développée aux fins du présent questionnaire. L'ÉCCA est administrée à la suite du QBDA, lorsque la cote obtenue pour ce dernier se situe entre 10 et 17; l'intervenant pose alors les questions 20 à 28 du DÉBA-A. Nous recommandons toutefois d'administrer l'ÉCCA même si la cote obtenue au QBDA est sous le seuil de 10, en vue d'offrir une intervention en première ligne et d'élaborer un plan d'intervention et même supérieur à 17 afin d'avoir un meilleur portrait de la consommation de la personne lors de l'orientation en deuxième ligne.

Portant sur les conséquences de la consommation d'alcool dans les diverses sphères de vie, les questions de l'ÉCCA ont de plus été appariées avec chacun des quatre critères du diagnostic d'abus d'alcool du DSM-IV (voir tableau 3). Les réponses de la personne permettent de préciser si elle manifeste une consommation problématique ou plutôt une consommation avec un degré de sévérité plus élevé, équivalant à un diagnostic d'abus. Chaque critère du diagnostic d'abus est représenté par deux ou trois items.

Il est à noter qu'actuellement aucune cote ne permet d'établir la présence d'un diagnostic d'abus ou non à partir d'études de validation. Cependant, la notion de fréquence est importante, par exemple, si l'un des symptômes est présent tous les mois ou plus souvent, cette situation ressemble à un diagnostic d'abus probable. Le schéma suivant (figure 2) illustre les seuils à partir desquels un diagnostic probable d'abus est présent et une orientation vers les services spécialisés en dépendances est souhaitable. Les choix de réponse entourés de lignes plus foncées représentent des seuils potentiels indiquant un diagnostic plus probable d'abus. Rappelons que le tout n'a pas fait l'objet de validation. C'est pourquoi une discussion entre l'intervenant de première ligne et l'intervenant du CRPAT est nécessaire afin d'orienter l'utilisateur vers la ressource appropriée à la sévérité de sa problématique de consommation d'alcool.

Figure 2. Seuils potentiels d'identification de la présence d'un profil d'abus d'alcool

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)
Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	<i>Jamais</i>	<i>Une fois</i>	<i>2 ou 3 fois</i>	<i>4 à 10 fois</i>	<i>Tous les mois (12 à 51 fois)</i>	<i>Toutes les semaines (52 fois et +)</i>
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 20.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 21.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 22.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? 23.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....24.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08? 25.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? 26.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool? 27.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 28.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Critères du diagnostic d'abus et questions à l'ÉCCA

Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV Les problèmes suivants doivent survenir <u>de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois</u>	Questions de l'ÉCCA
1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)	20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école ou dans vos tâches ménagères? 23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? 28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?
2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors que l'on est sous l'influence d'une substance)	24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente les risques de se blesser, par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? 25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, sea-doo) alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?
3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)	26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? 27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?
4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)	21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?

DESCRIPTION DU DÉBA-D

Le cadre d'élaboration du DÉBA-Drogues (DÉBA-D) en matière de consommation de médicaments sédatifs et de diverses drogues illégales est présenté dans le tableau suivant. Ce dernier illustre l'ensemble de la démarche d'évaluation.

Tableau 3. Cadre d'élaboration du DÉBA-D

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ³
Consommation à risque	Évaluation de la fréquence de consommation des médicaments ou des drogues depuis un an	<u>Médicaments sédatifs</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois semaine - Ou si consomme toutes les semaines, la personne ne dépasse pas sa posologie, consulte un seul médecin à ce sujet et n'en prend pas d'origine non prescrite <u>Cannabis</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois semaine <u>PCP, cocaïne, opiacés</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois - Ne s'injecte pas ces drogues <u>Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants</u> - Ne consomme jamais ou moins d'une fois par mois	La consommation à risque est un concept difficile à cerner en ce qui concerne les drogues. En fait, la composition chimique de ces produits est très fluctuante, faisant ainsi largement varier l'estimation du risque associé à leur consommation. De plus, la vente de plusieurs de ces produits est illégale. C'est pourquoi nous parlons ici de niveaux de consommation pour lesquels aucune intervention n'est pour le moment prévue, mais elle pourrait être toutefois planifiée dans certaines situations	Arrêt du questionnaire
		<u>Médicaments sédatifs</u> - Consomme 1 fois semaine et plus et présence d'au moins un des trois critères suivants : a) Dépasse posologie b) Se procure des médicaments chez plus d'un médecin c) Consomme médicaments non prescrits <u>Cannabis</u> - Consomme 1 fois semaine et plus <u>PCP, cocaïne, opiacés</u> - Consomme 1 fois par mois et plus - Ou s'injecte ces drogues <u>Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants</u> - Consomme 1 fois par mois et plus		

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ³
Dépendance	Échelle de sévérité de la dépendance (ESD; Gossop et collab., 1995)	Score de 0 à 2	Aucune ou faible dépendance	Intervention possible en première ligne et poursuite avec l'ÉCCD pour aider à l'élaboration du PI
		Score de 6 à 15	Dépendance élevée	Arrêt du questionnaire et orientation vers la ressource spécialisée en toxicomanie
		Score de 3 à 5	Dépendance modérée	Poursuite du questionnaire avec l'évaluation de la présence de problèmes associés à la consommation (ÉCCD)
Consommation problématique et abus	Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD; Tremblay, Rouillard, et Sirois, 2000)	Aucun seuil n'est déterminé. Toutefois, les questions portent sur les critères associés au diagnostic d'abus et donc sur la présence de divers problèmes associés à la consommation. Une discussion entre les intervenants en première ligne et du CRPAT permettra d'orienter l'utilisateur	Consommation problématique	Intervention en première ligne
			Diagnostic probable d'abus	Intervention en ressource spécialisée

³ Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal chez la personne de recevoir de l'aide en vue de changer ses habitudes de consommation de drogues.

PARTIE I : DÉTECTION D'UNE CONSOMMATION À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE DE DROGUES

Il est à noter que la section de l'instrument concernant la détection d'une consommation à risque ou problématique de drogues (questions n^{os} 1 à 9) n'a pas fait l'objet d'études de validation. Le choix d'items est issu de l'expérience clinique des auteurs de même que des informations issues de différentes études.

Fréquence de consommation des diverses substances

La première section du DÉBA-D concerne la fréquence de consommation de chaque classe de produits (médicaments sédatifs, cannabis, PCP, hallucinogènes, cocaïne, stimulants, opiacés, inhalants). Les produits sont regroupés par grandes classes de substances dont les effets sur le système nerveux central sont généralement très similaires. L'intervenant retrouve au verso du DÉBA-D (voir en annexe) un regroupement des produits les plus fréquemment utilisés par les consommateurs. Un tableau sur le sujet est également disponible en annexe.

Contrairement à l'alcool, aucune question ne porte sur la quantité consommée des diverses drogues. Il devient difficile, compte tenu de la grande variabilité de concentration des agents actifs au sein des drogues de rue, d'évaluer la quantité réelle de produits consommés. Ainsi, seule la fréquence de consommation est évaluée.

Il est difficile d'établir les critères d'une consommation à risque pour les différentes drogues. Les critères retrouvés dans le DÉBA-D sont en fait issus d'une consultation effectuée auprès de cliniciens expérimentés et de données de recherche. Toutefois, la certitude entourant ces critères est moins grande que pour ceux que l'on retrouve dans le DÉBA-Alcool. Toute nouvelle publication en ce sens pourrait contribuer à réajuster les critères d'une consommation à risque de drogues.

Les consignes de passation du questionnaire sont les suivantes : l'intervenant demande à la personne quelle est la fréquence de consommation de tous les produits mentionnés au questionnaire et noircit la case appropriée. Il vérifie ensuite si une réponse est notée dans un espace ombragé. Dans l'affirmative, l'évaluation se poursuit avec les questions 10 à 14, Échelle de sévérité de la dépendance – ÉSD (Gossop et al., 1995).

Les indicateurs de fréquence sont les suivants :

- Jamais;
- < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois;
- 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines;
- 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine;

- 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

Il est à noter que la fréquence de consommation correspond à une consommation habituelle ayant eu lieu au cours de l'année précédant l'entrevue et non un épisode bref et intense. Lors de l'évaluation, certaines personnes peuvent répondre que leur consommation fut variable et qu'il leur est difficile de se prononcer sur un choix de réponse. L'intervenant invitera alors la personne à choisir la situation de consommation la plus fréquente, la plus typique. On ne vise pas à évaluer les situations extrêmes, mais les plus habituelles.

Les questions du DÉBA-D seront maintenant présentées une à une.

Question n° 1: Fréquence de consommation des médicaments sédatifs

Nous avons choisi de mettre dans une classe à part les médicaments sédatifs puisque ce type de produit est fréquemment obtenu par prescription médicale auprès d'un ou de plusieurs médecins de même que sur le marché noir. C'est pourquoi les critères établis pour évaluer une consommation à risque de ce produit sont multiples. Tout d'abord, pour être potentiellement à risque, la consommation de médicaments sédatifs doit se faire de façon hebdomadaire. De plus, elle doit rencontrer au moins un des critères suivants :

- La personne dépasse la posologie;
- La personne obtient ses médicaments sédatifs de plus d'un médecin;
- La personne consomme des médicaments sédatifs non prescrits.

Il est cependant nécessaire de rappeler qu'un individu peut consommer des médicaments sédatifs sous la supervision d'un seul médecin, se limiter aux consignes de son médecin (c.-à-d. qu'il suit méticuleusement sa posologie) et être fortement dépendant de ce produit. Toutefois, comme la personne reçoit une supervision médicale appropriée, sa consommation de médicaments sédatifs ne fera pas l'objet d'une évaluation subséquente dans le cadre d'une évaluation en toxicomanie.

L'intervenant doit cependant demeurer vigilant dans les situations où l'usager consomme d'autres produits en même temps que ces médicaments sédatifs. Cette situation peut être grave et mérite que l'on y porte attention (p. ex., s'il y a consommation de benzodiazépines et alcool).

Questions n°s 2 à 8 : Fréquence de consommation de chacune des drogues

Pour ces questions, l'intervenant interroge la personne au sujet de la fréquence de consommation des divers produits (cannabis, PCP, hallucinogènes, etc.). Le mode de consommation est demandé pour le PCP, la cocaïne et les substances opiacées en raison d'une possible d'injection, quoique très rare pour le PCP.

Une consommation à risque pour les divers produits réfère à :

- Une consommation mensuelle;

- Le recours à l'injection;
- Pour le cannabis, une consommation hebdomadaire plutôt que mensuelle sera considérée comme une consommation à risque.

Question n° 9 : Fréquence de consommation des diverses drogues confondues

Cette question porte sur les drogues 2 à 8 cumulées, c.-à-d. le cannabis, le PCP, les hallucinogènes, la cocaïne, les autres stimulants, les substances opiacées et les substances inhalées. Puisque certains consomment divers produits sans opter pour une substance particulière, la question n° 9 s'intéresse à la fréquence de consommation de tous les produits confondus afin de dépister les usagers consommant fréquemment des substances différentes.

PARTIE II : ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE - ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA DÉPENDANCE

Questions n°s 10 à 14 : Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD)

Dès qu'un individu présente une consommation à risque, voir la section précédente portant sur la fréquence de consommation, l'intervenant poursuit l'évaluation avec les questions 10 à 14 de l'Échelle de sévérité de la dépendance. Une consommation à risque est alors identifiée par une réponse dans les cases ombragées (voir questionnaire en annexe).

L'Échelle de la sévérité de la dépendance (ÉSD) est la version française du *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et al., 1995). La traduction française de cet instrument a été effectuée par Tremblay, Dupont et Sirois (1999). Après une première année d'expérimentation, un comité formé de cliniciens et de chercheurs a procédé à la révision de la traduction qui, dans le présent cas, n'a nécessité aucun changement. Les droits de traduction de l'instrument ont été officiellement obtenus auprès du D^r Gossop.

L'ÉSD permet d'évaluer la sévérité de la dépendance à différents types de drogues. Le questionnaire comporte cinq items de type Likert en quatre points (0 = jamais ou presque jamais à 3 = toujours ou presque toujours) qui mesurent les dimensions psychologiques de la dépendance. Ces items évaluent plus spécifiquement le sentiment de perte de contrôle, de même que les préoccupations et l'anxiété que ressent l'utilisateur face à sa propre consommation de drogues.

En ce qui concerne le développement de l'instrument, les normes dans la version anglaise de l'ÉSD sont représentées par des moyennes et ont été établies à partir de cinq échantillons différents totalisant 1 312 personnes provenant de Londres et de Sydney / Australie (Gossop et al., 1995). Le premier échantillon comptait 222 personnes héroïnomanes qui fréquentaient une clinique de Sydney offrant un programme de maintien à la méthadone ($M = 5.2$; $\underline{E.-T.} = 5.0$). Les deuxième ($M = 3.7$; $\underline{E.-T.} = 4.0$) et troisième ($M = 4.3$; $\underline{E.-T.} = 3.2$) échantillons provenaient aussi de Sydney et comptaient respectivement 231 et 301 individus consommateurs d'amphétamines. Ces derniers ont été recrutés à l'aide de la méthode boule de neige. Les deux

autres échantillons venaient de Londres et se composaient de 408 consommateurs d'héroïne ($M = 8.7$; $\underline{É.-T.} = 4.0$) et de 150 personnes consommatrices de cocaïne ($M = 4.2$; $\underline{É.-T.} = 3.3$). Ils ont été recrutés au sein d'un réseau local de consommateurs à l'aide d'une méthode qui privilégie les consommateurs « cachés », c'est-à-dire qu'il s'agit de personnes n'étant pas en contact avec des institutions ou des organismes offrant des traitements. Les moyennes en fonction du sexe des participants ne sont pas disponibles.

Cotation

Pour cette section, l'intervenant sélectionne une seule substance : celle qui est la plus fréquemment consommée ou celle causant le plus de problèmes. L'intervenant noircit la case correspondant au produit ciblé et pose ensuite les questions n^{os} 10 à 14 en insérant le nom du produit ciblé dans le libellé des questions. Le score au questionnaire s'obtient en additionnant les cotes pour chacun des cinq items, le score total peut varier entre 0 et 15. Une discussion par courrier électronique avec le Dr Gossop indique qu'il utilise lui-même un seuil de 4 ou plus comme indicateur d'une problématique importante de dépendance à un produit. Afin de veiller à une orientation adéquate vers les services spécialisés en cas de dépendance, nous avons augmenté la sensibilité de l'instrument en abaissant le seuil indiquant une problématique importante de dépendance à un produit à 3.

L'interprétation des scores à l'ÉSD est la suivante :

- 0 : Aucune dépendance / Poursuivre l'évaluation à l'aide de l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD);
- 1 - 2 : Faible dépendance / Intervention en première ligne (p. ex., par le CSSS), il est recommandé de poursuivre l'évaluation en vue d'établir un plan d'intervention en CSSS;
- 6 -15 : Dépendance élevée / Intervention spécialisée (p. ex., CRPAT), il est recommandé de poursuivre l'évaluation en vue d'établir un meilleur portrait de la consommation de la personne avant de l'orienter vers de CRPAT.;
- 3 - 5 : Dépendance modérée / Poursuite de l'évaluation à l'aide de l'ÉCCD et discussion avec l'intervenant du CRPAT en vue de préciser l'orientation.

Une cote de 0 à 2 indique aucune ou une faible dépendance. Dans ce cas, l'évaluation est complétée en vue d'aider l'élaboration du PI pour une intervention en première ligne. Une cote de 6 à 15 suggère une forte dépendance indiquant qu'une orientation vers des services spécialisés est souhaitable. L'expérience clinique au Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches indique notamment qu'environ 92 % des individus admis pour des problèmes de consommation de drogues ont une cote de 6 et plus à l'ÉSD. Une cote intermédiaire, soit de 3 à 5, indiquant une dépendance modérée, mérite une investigation plus approfondie avant de procéder à l'orientation de l'utilisateur. C'est pourquoi l'évaluateur, après avoir demandé à l'utilisateur s'il désire recevoir de l'aide, posera les questions n^{os} 16 à 24 portant davantage sur la présence de problèmes associés à la consommation de drogues (cf. diagnostic d'abus de drogues) et procédera par la suite à une discussion avec un intervenant du CRPAT.

Question n° 15 : Désir de recevoir de l'aide

Il est impératif de demander à l'usager s'il désire recevoir de l'aide en vue de diminuer ou d'arrêter sa consommation de drogues. Il est certain que la cote obtenue à l'ÉSD aidera l'intervenant à aborder cette question, selon les circonstances de l'entrevue.

PARTIE III : ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE OU ABUSIVE - ÉCHELLE DES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

Questions n°s 16 à 24: Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCA)

Si la cote obtenue lors de la passation de l'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD) se situe entre 3 et 5, l'intervenant poursuit l'évaluation avec les questions n°s 16 à 24 de l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (ÉCCD). Construite aux fins du présent questionnaire, l'ÉCCD permet de préciser si la personne manifeste une consommation problématique ou présente plutôt un diagnostic d'abus. Comme mentionné dans la section précédente, chaque critère du diagnostic d'abus est représenté par deux ou trois items. Aucune cote ne permet pour le moment de confirmer la présence ou l'absence d'un diagnostic d'abus. Dans le tableau 5, la distribution des questions de l'ÉCCD est présentée en fonction des critères du diagnostic d'abus du DSM-IV. Les réponses à ces questions enrichiront la discussion entre l'intervenant de première ligne et l'intervenant du centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou autres toxicomanes, et ce, afin d'orienter l'usager vers la ressource appropriée à la sévérité de sa problématique de consommation de drogues.

Tableau 4. Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV et questions de l'ÉCCD

Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV Les problèmes suivants doivent survenir <u>de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois</u>	Questions de l'ÉCCD
1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)	16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école ou dans vos tâches ménagères? 19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? 23. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?
2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)	20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? 21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?
3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec utilisation de la substance)	22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? 23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues?
4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint)	17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à

Critères du diagnostic d'abus selon le DSM-IV	Questions de l'ÉCCD
Les problèmes suivants doivent survenir <u>de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois</u>	
à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)	votre famille?

Comme nous l'avons déjà mentionné, aucune cote ne permet, pour le moment, de déterminer hors de tout doute la présence ou l'absence d'un diagnostic d'abus à partir des études de validation. Cependant, lorsque la fréquence de présence d'un des symptômes est à tous les mois ou plus souvent, la situation présente des caractéristiques s'apparentant à un diagnostic d'abus probable. À ce sujet, le schéma suivant illustre les seuils distincts pour chaque type de symptômes, leur fréquence peut suggérer la présence d'un diagnostic probable d'abus; une orientation vers les services spécialisés en dépendances est en conséquence possible. Dans la figure 3, les choix de réponse qui se retrouvent à l'intérieur de la zone entourée de lignes noires foncées représentent des seuils potentiels indiquant un diagnostic plus probable d'abus. Puisque cette échelle n'a pas fait l'objet d'une validation, une discussion entre l'intervenant de première ligne et l'intervenant du CPAT est nécessaire afin d'orienter la personne vers la ressource appropriée à la sévérité de sa problématique de consommation d'alcool.

Figure 3. Seuils potentiels d'identification de la présence d'un profil d'abus d'alcool

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)
Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD,
demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant du CRUV

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez :	23. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. ☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quelques données issues de l'utilisation du DÉBA-A/D dans un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRAT-CA)

Au Centre de réadaptation alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA), les questionnaires concernant la dépendance à l'alcool (QBDA) et la dépendance aux drogues (ÉSD) sont utilisés dans l'évaluation standard pour toutes les personnes inscrites. Nous avons utilisé les critères d'orientation mis de l'avant dans le DÉBA-A/D afin de vérifier si la sévérité de la problématique de toxicomanie de la clientèle du CRAT-CA justifiait une orientation vers les services spécialisés. Cet examen des critères d'orientation a révélé que lorsque l'on considère à la fois le score au QBDA et à l'ÉSD, les résultats sont les suivants (voir tableau 6) : environ 7 % des usagers du CRAT-CA seraient mieux orientés vers des services de 1^{re} ligne alors que les deux tiers des usagers devraient rester dans des services dits spécialisés du CRPAT. Un peu plus du quart des usagers ont une cote intermédiaire indiquant que leur situation, avant leur admission au CRAT-CA, aurait pu faire l'objet d'une discussion entre l'intervenant de 1^{re} ligne et celui de la ressource spécialisée. Ces données ont été obtenues à partir de 417 inscriptions consécutives au CRAT-CA entre juin et décembre 2000, soit avant l'implantation du DÉBA-A/D dans les services de première ligne de Chaudière-Appalaches.

Tableau 5. Répartition des usagers du CRAT-CA

	Répartition de la clientèle du CRAT-CA
Aucune ou faible dépendance Intervention première ligne (QBDA = 0-9 et ÉSD = 0-2)	7,1 %
Dépendance modérée Intervention de première ligne <u>ou</u> de deuxième ligne (QBDA = 10-18 et ÉSD = 3-5)	27,0 %
Dépendance élevée Intervention de deuxième ligne (QBDA = 20-45 et ÉSD = 6-15)	65,9 %

Une fois l'évaluation complétée, il est important de prendre quelques minutes avec la personne pour lui présenter les résultats de son évaluation. Ceci permet à la personne de mieux visualiser le portrait de sa situation sur le plan de la consommation de substances, en plus de favoriser une prise de conscience de son besoin d'aide et de la sévérité de ses difficultés, le cas échéant. Cette étape favorise une meilleure ouverture de la personne face à son besoin d'aide et au processus de référence. La section suivante présente le bilan de l'évaluation destiné aux personnes, il doit être préparé par l'intervenant à la suite de la passation du DÉBA-A/D et à l'aide des scores obtenus.

LE RAPPORT PERSONNALISÉ D'ÉVALUATION

Le rapport personnalisé d'évaluation contient un ensemble d'informations provenant des réponses et des cotes obtenues à partir du DÉBA-Alcool de du DÉBA-Drogues.

Tout d'abord, l'intervenant transcrit les cotes obtenues lors de la passation du DÉBA-Alcool de du DÉBA-Drogues dans les zones ombragées des feuilles de *feedback*. Puis, dans un esprit motivationnel, il passera en revue avec la personne évaluée les scores obtenus aux différentes sections des DÉBA-A/D, tout en lui donnant l'interprétation possible de ses cotes et réponses. L'esprit, les attitudes et les comportements appropriés à l'approche motivationnelle (Miller & Rollnick, 2002) seront décrits dans la formation optionnelle portant sur l'approche motivationnelle. Les modalités entourant le processus de *feedback* découlant du rapport personnalisé d'évaluation sont également abordées dans cette formation.

Rappelons qu'il est contre-indiqué de remettre ce rapport d'évaluation directement à la personne sans prendre le temps de l'examiner avec elle. En fait, à la suite de l'évaluation, l'intervenant lui présente l'information en utilisant le *feedback* et écoute ses réactions en vue de l'aider à mettre en contexte ses résultats d'évaluation et l'aider à réfléchir à ce qu'elle désire entreprendre ou non comme démarche.

VOS RÉSULTATS AU DÉBA-A/D

Joël Tremblay, Hélène Simoneau, Michel Landry et Nadine Blanchette-Martin

Nom _____ Date _____

Âge _____ Sexe _____ Intervenant _____

Nous avons retranscrit dans ce rapport personnalisé vos résultats obtenus à l'évaluation DÉBA-A/D. Ceux-ci indiquent le niveau de risque associé à votre consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Pour chaque indicateur, votre consommation a été classifiée en fonction d'une catégorie et d'une couleur associée.

Consommation à faible risque ou feu vert

Votre consommation d'alcool ou de drogues est considérée à faible risque. Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit cependant être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelle substance a été consommée, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, une consommation d'alcool, même à faible niveau, peut être considérée comme étant à risque pour vous. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation à risque ou feu jaune

Votre consommation est considérée comme étant à risque. Les risques encourus concernent tout d'abord votre santé, c'est-à-dire qu'il est probable que vous développiez divers troubles de santé. Votre consommation fait également augmenter le risque d'accident. Ou encore, votre consommation risque de devenir problématique, voire une dépendance.

Dans le cas d'une consommation de drogues, cette conclusion doit être prise avec prudence puisque nous ne savons pas, la plupart du temps, quelles substances ont été consommées, quelle est la concentration des produits, quels sont les types de substances psychoactives présentes, etc.

De plus, si vous avez des problèmes de santé physique ou mentale ou si vous prenez certains médicaments, il se pourrait qu'une consommation d'alcool, même à ce niveau intermédiaire, puisse entraîner pour vous des conséquences plus graves. Dans une telle situation, veuillez consulter votre médecin.

Consommation problématique ou feu rouge

Votre consommation est considérée comme étant problématique. C'est-à-dire que vos réponses au DÉBA-A/D nous indiquent que vous éprouvez déjà des problèmes avec l'alcool ou les drogues et qu'il serait important de réfléchir à la possibilité de modifier votre consommation d'alcool ou de drogues.

Note : Pour les femmes enceintes, les normes utilisées dans ce manuel ne sont pas valables. Le fait d'être enceinte augmente les risques pour le fœtus en cas de consommation d'alcool ou de drogues. Il est préférable de consulter son médecin.

VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

NOMBRE DE VERRES D'ALCOOL LORS D'UNE JOURNÉE TYPIQUE

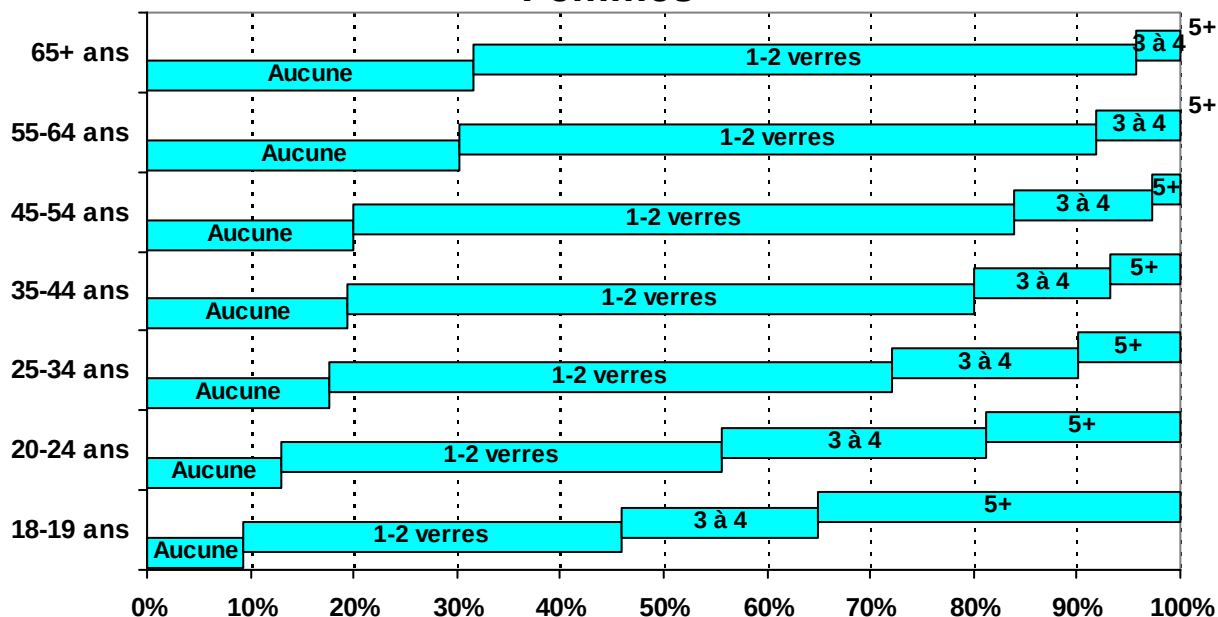
Au Canada, on évalue la consommation d'alcool d'une personne en fonction d'une mesure standard. Ainsi, une consommation standard équivaut à une petite bière à 5 % d'alcool, un verre de vin (142 ml) à 12 % ou un doseur de spiritueux (43 ml) à 40 % d'alcool.

- *  une bière régulière à environ 5 % d'alcool (12 oz ou 341 ml)
- *  un verre de vin à 12 % d'alcool (5 oz ou 142 ml)
- *  un verre de vin fortifié à 20 % d'alcool (3 oz ou 85 ml)
(ex. : martini, porto, etc.)
- *  un doseur de spiritueux à 40 % d'alcool (1,5 oz ou 43 ml)

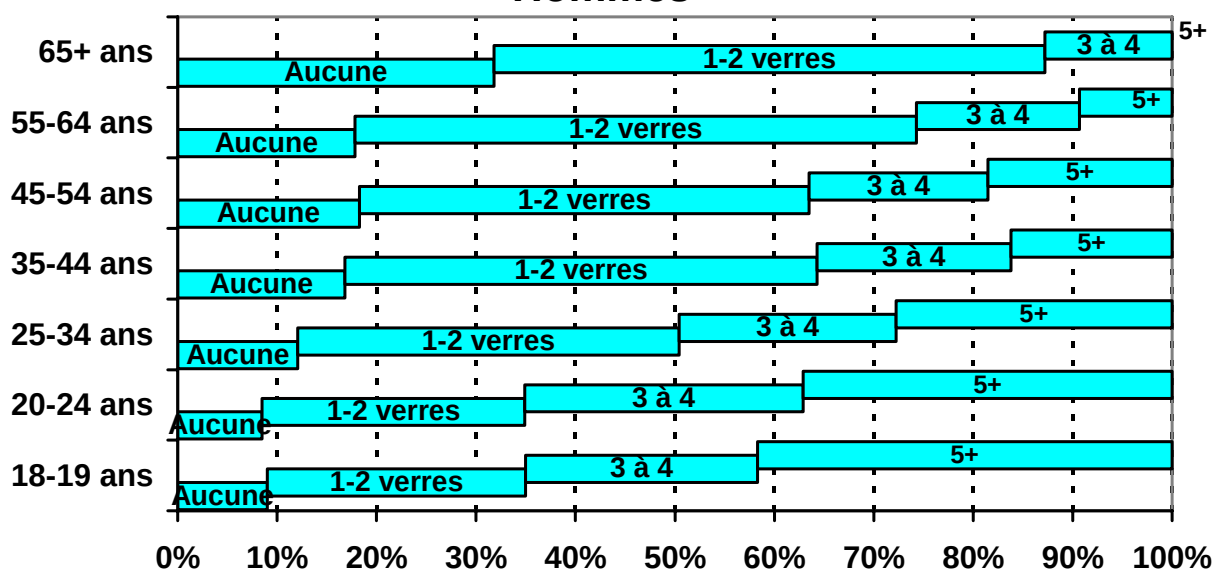
Vous avez indiqué que lors d'une journée typique où vous buvez de l'alcool (question 2 du DÉBA-A), vous prenez consommations standards (c'est-à-dire, équivalentes à une petite bière à 5 % d'alcool).

Si l'on observe la figure suivante, au moins % des Canadiens de votre âge consomment moins d'alcool par jour que vous.

Femmes



Hommes



ÉPISODES DE CONSOMMATION PLUS INTENSIVE

Dans la figure suivante, le niveau de risque pour votre santé a été déterminé en fonction du nombre de fois où vous avez eu une consommation d'alcool intensive au cours de la dernière année. Pour les hommes, une consommation intensive correspond à cinq verres et plus pris en une occasion ; pour les femmes, quatre verres et plus en une occasion. Vous avez rapporté (question 3 du DÉBA-A) épisodes de consommation plus intensive par année, ce qui vous situe dans la zone .

Moins d'une fois par mois (0 à 11 fois /an)	Tous les mois (12 à 51 fois/an)	Toutes les semaines et plus (52 fois et +/an)
--	--	--

RISQUE ASSOCIÉ À LA QUANTITÉ D'ALCOOL PRIS CHAQUE SEMAINE

La figure suivante illustre le risque associé à la quantité de verres bus par semaine. Il est à noter que les normes sont différentes pour les hommes et pour les femmes. Ce que vous avez rapporté, indique, que vous buvez approximativement verres par semaine, ce qui vous situe dans la zone .

Homme	Aucun 0 cons.	Faible 1 à 14 cons.	Moyen 15 à 33 cons.	Élevé 34 cons. et +
Femme	Aucun 0 cons.	Faible 1 à 9 cons.	Moyen 10 à 23 cons.	Élevé 24 cons. et +

DEGRÉ DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Le degré de dépendance à l'alcool correspond à l'impression générale ressentie par une personne lorsque l'alcool envahit progressivement sa vie. Par exemple, une personne pense souvent à sa consommation, au moment et au lieu où elle va boire, elle a certaines difficultés à arrêter après un premier verre, même si elle sait que l'alcool lui cause des difficultés, elle n'arrive pas à arrêter sa consommation, etc.

Vous avez répondu à des questions concernant le degré de dépendance à l'alcool. Selon votre score au questionnaire qui est de , vous avez un degré de dépendance qui est dans la zone .

Aucun 0	Faible 1 à 9	Modéré 10 à 19	Élevé 20 et +
------------	-----------------	-------------------	------------------

LES CONSÉQUENCES ASSOCIÉES À VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

Différentes conséquences en lien avec la consommation d'alcool peuvent être vécues. Vous avez répondu à des questions à ce sujet. Certaines ont porté sur les responsabilités de vie comme le travail, l'école (si c'est votre situation) ou encore, vos responsabilités à la maison. Ensuite, il y a toutes les situations où, à cause de l'alcool, les personnes mettent leur sécurité en danger. D'autres personnes vivent des conséquences judiciaires en raison de leur consommation d'alcool (par exemple, la perte du permis de conduire). Finalement, il y a les conséquences relationnelles, c'est-à-dire lorsque la consommation d'alcool affecte négativement les relations avec les amis ou les proches comme dans le couple ou la famille.

Responsabilités Q20, Q23, Q28	Aucun	Occasionnel 1 à 11 fois	Régulier Tous les mois	Fréquent Toutes les sem.
Situations dangereuses Q24 & Q25	Aucun	Occasionnel 1 à 3 fois	Régulier 4 à 51 fois	Fréquent Toutes les sem.
Judiciaire Q26 & Q27	Aucun 0	Occasionnel 1 fois	Élevé 2 fois et +	
Relationnel Q21 & Q22	Aucun 0	Occasionnel 1 à 11 fois	Régulier Tous les mois	Fréquent Toutes les sem.

Selon ce que vous rapportez, votre consommation d'alcool entraîne des conséquences qui vous placent dans la zone : .

VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS

Selon ce que vous avez rapporté au DÉBA-Drogues, vous consommez les substances suivantes et on pourrait dire que cette consommation est .

- ☐ Aucune consommation
- ☐ Consommation occasionnelle (cannabis : moins de trois fois par mois; autres : moins d'une fois par mois)
- ☐ Consommation à risque (cannabis : une fois par semaine et plus; autres drogues : une fois par mois et plus; médicaments sédatifs : posologie sans approbation médicale - vérifier également le cumul des consommations de diverses substances)

CONSOMMATION DE CANNABIS

Le tableau suivant présente le pourcentage de Canadiens ayant déclaré avoir fait usage de cannabis au cours des 12 mois précédant l'Enquête sur les toxicomanies (ETC; Adlaf et collab., 2005). Les pourcentages encerclés correspondent à votre groupe d'âge et à votre type de consommation.

Groupe d'âge	Cannabis	
	Femmes (%)	Hommes (%)
18-19	43,0	50,9
20-24	30,7	42,0
25-34	12,7	28,2
35-44	8,9	17,6
45-54	5,9	11,0
55-64	n.s.	5,6
65 et plus	n.s.	n.s.

n.s. : données non significatives, trop petits nombres.

Vous avez indiqué que vous consommez du cannabis (mentionner la fréquence) . Le tableau suivant présente la proportion de Canadiens ayant une fréquence de consommation de cannabis similaire à la vôtre.

Le tableau suivant présente la fréquence d'usage du cannabis chez les Canadiens de 15 ans et plus au cours des trois mois précédant l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC; Adlaf et collab., 2005). Les pourcentages encadrés correspondent à votre groupe d'âge et à votre fréquence de consommation.

	Femmes (%)	Hommes (%)
Jamais	92,8	84,6
Une ou deux fois	2,7	4,3
Au moins une fois par mois	1,5	3,0
Au moins une fois par semaine	1,6	4,2
Au moins une fois par jour	1,3	3,8

CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES

Le tableau suivant présente le pourcentage de Canadiens ayant déclaré avoir fait usage de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC; Adlaf et collab., 2005). Les pourcentages encadrés correspondent à votre groupe d'âge et à votre type de consommation.

Groupe d'âge	Hallucinogènes (%)		Cocaïne (%)		Speed (%)		Ecstasy (%)		Au moins une parmi les cinq (cocaïne, speed, ecstasy, hallucinogènes ou héroïne) (%)	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
15-19	9,3	16,9	9,4	10,3	9,0	7,6	11,3	9,0	18,8	20,7
20-24	14,8	23,4	11,8	18,0	7,6	14,6	9,9	16,9	22,5	33,5
25-34	11,9	23,8	10,6	19,4	4,2	11,9	4,7	12,7	17,6	31,6
35-44	7,3	19,6	11,7	21,4	4,7	9,0	n.s.	2,7	15,9	26,2
45 et plus	4,0	9,9	3,6	8,7	2,5	6,7	n.s.	n.s.	6,3	12,4

DEGRÉ DE DÉPENDANCE AUX DROGUES

Le degré de dépendance à une drogue correspond à l'impression générale ressentie par une personne lorsqu'une drogue envahit progressivement sa vie. Par exemple, une personne pense souvent à sa consommation, au moment et au lieu où elle va consommer, elle pense qu'elle ne peut pas vivre sans cette substance ou encore qu'elle pourrait difficilement s'arrêter.

Vous avez répondu à des questions concernant le degré de dépendance à []. Selon votre score au questionnaire qui est de [], vous avez un degré de dépendance qui est dans la zone [].

Aucun 0	Faible 1 à 2	Modéré 3 à 5	Élevé 6 et +
-------------------	------------------------	------------------------	------------------------

LES CONSÉQUENCES ASSOCIÉES À VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS

Les personnes peuvent vivre différentes conséquences en lien avec leur consommation de drogues. Vous avez répondu à des questions sur ce sujet. Certaines ont porté sur les responsabilités de vie comme le travail, l'école (si c'est votre situation) ou encore, vos responsabilités à la maison. Ensuite, il y a toutes les situations où, à cause des drogues, les personnes mettent leur sécurité en danger. D'autres personnes vivent des conséquences judiciaires en raison de leur consommation de drogues (par exemple, la perte du permis de conduire, une accusation de possession, etc.). Finalement, il y a les conséquences relationnelles, c'est-à-dire lorsque la consommation de drogues affecte négativement les relations avec les amis ou les proches comme dans le couple ou la famille.

Selon ce que vous rapportez, votre consommation de drogues entraîne des conséquences qui vous placent dans la zone : [].

Responsabilités Q16, Q19 & Q24	Aucun	Occasionnel 1 à 11 fois	Régulier Tous les mois	Fréquent Toutes les sem.
Situations dangereuses Q20 & Q21	Aucun	Occasionnel 1 à 3 fois	Régulier 4 à 51 fois	Fréquent Toutes les sem.
Judiciaire Q22 & Q23	Aucun 0	Occasionnel 1 fois	Élevé 2 fois et +	
Relationnel Q17 & Q18	Aucun 0	Occasionnel 1 à 11 fois	Régulier Tous les mois	Fréquent Toutes les sem.

PLAN D'ACTION SUGGÉRÉ PAR LES RÉSULTATS :

SOMMAIRE : Vos résultats d'évaluation présentent un résumé des informations que vous avez fournies à l'évaluateur. Parfois, certaines informations peuvent surprendre ou même paraître décourageantes. En fournissant un portrait clair de votre situation actuelle, le présent rapport peut avant tout vous aider à faire des choix éclairés en ce qui concerne votre consommation. Il faut prendre note que plusieurs problèmes associés à la consommation s'améliorent avec l'arrêt ou la réduction de celle-ci. Toutefois, votre décision vous appartient.

Signature de l'intervenant

Date

Joël Tremblay, Ph. D. UQTR, RISQ, Institut Universitaire sur les dépendances joel.tremblay@uqtr.ca

Hélène Simoneau, Ph. D., Centre Dollard-Cormier- Institut Universitaire sur les dépendances, RISQ, helene.simoneau.cdc@ssss.gouv.qc.ca

Michel Landry, Ph. D. Centre Dollard-Cormier- Institut Universitaire sur les dépendances, RISQ, michel.landry@ssss.gouv.qc.ca

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc., Service de recherche CRUV/CRAT-CA nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

DESCRIPTION DU DÉBA-JEU

Le DÉBA-Jeu (DÉBA-J) (voir le questionnaire en annexe) s'inscrit dans la famille des outils de détection permettant une orientation adéquate des usagers en fonction de la gravité de leurs difficultés avec les jeux de hasard et d'argent. Il est toutefois plus bref, du moins dans sa version actuelle, que le DÉBA-Alcool ou le DÉBA-Drogues.

CADRE CONCEPTUEL DE LA MESURE

Le DÉBA-Jeu a d'abord été construit auprès d'une population clinique ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives (alcool, drogues) dans le but de détecter ses difficultés liées au jeu. Une nouvelle étude de validation du questionnaire est actuellement en cours depuis 2007 (Tremblay, Ménard, Ferland et Blanchette-Martin, 2007) auprès de la population générale.

Trois concepts ont été retenus à titre de descripteurs cliniquement significatifs d'autant de niveaux d'intensité de problèmes associés aux jeux de hasard et d'argent : le jeu apparemment sans problème ou à très faible risque, caractérisé par l'absence de difficultés manifestes; le jeu problématique où la personne présente des problèmes qu'elle lie ou qu'elle attribue au jeu; et le jeu pathologique, caractérisé par des réponses positives à au moins cinq critères diagnostiques du jeu pathologique selon la classification du DSM-IV-TR.

Définitions et prévalences

Jeu à faible risque

Pour la grande majorité des personnes, les habitudes de jeux de hasard et d'argent ne causent pas de problème. Elles jouent de manière récréative et ne rapportent pas expérimenter de problèmes concrets. C'est pourquoi le niveau de risque est ici qualifié de faible, et ce, même si on retrouve dans cette catégorie des gens qui vivront probablement une croissance de leurs habitudes de jeu (fréquence, montants misés, types de jeux) et qui, sans expérimenter encore des problèmes, deviennent plus à risque de développer des difficultés avec les jeux de hasard et d'argent.

Lorsque l'on s'intéresse aux prévalences du recours aux jeux de hasard et d'argent dans la population du Québec, on note qu'en 2002 environ 81 % de la population adulte du Québec a participé à des jeux de hasard et d'argent (Chevalier et al., 2004). Toujours selon Chevalier et ses collaborateurs (2004), 1,7 % de la population totale adulte du Québec présente des habitudes de jeu de hasard et d'argent problématiques / pathologiques, ce qui laisse sous-entendre qu'approximativement 79 % des Québécois qui s'adonnent à des jeux de hasard et d'argent

n'éprouvent pas de problèmes ou encore que leur situation de jeu est à faible risque.

Jeu problématique

Le jeu problématique touche les individus qui rapportent des problèmes conséquents à leurs habitudes de jeux de hasard et d'argent. Lorsque l'on les interroge au sujet de leurs habitudes de jeux et de leurs impacts sur leur vie, ils rapportent, par exemple que le jeu perturbe leur vie familiale, relationnelle, leur état psychologique, leurs finances, etc. Dans les situations où la problématique devient plus importante, ces individus pourraient présenter des symptômes du diagnostic de jeu pathologique, mais en nombre insuffisant pour poser un diagnostic au moment de la passation du questionnaire (présence potentielle de 1 à 4 critères diagnostiques). On estime à 0,9 % la proportion de la population ayant des habitudes de jeu dites problématiques (Chevalier et al., 2004).

Jeu pathologique

Le jeu pathologique se définit par la présence d'habitudes de jeu pouvant compromettre, perturber ou entraver l'épanouissement personnel, familial ou professionnel d'un individu. C'est donc dire que la personne organise et structure ses activités en fonction de la possibilité de s'adonner à des activités de jeu tout en négligeant, voire abandonnant, ses responsabilités et engagements. Le jeu devient son mode de vie et structure l'ensemble de sa vie. La personne éprouve des conséquences importantes en raison de ses habitudes de jeu et présente habituellement un ensemble de problématiques associées.

On estime qu'au Québec environ 1 % des personnes sont des joueurs pathologiques (Chevalier et al., 2004), parmi celles-ci les trois quarts sont des hommes (75 %) Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, 1999.

« L'élément essentiel du jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu (critère A) qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel (...). De nombreux sujets atteints de ce trouble croient que l'argent est à la fois la cause et la solution de tous leurs problèmes (...). Les individus demandant un traitement pour le jeu pathologique présentent une incidence assez élevée d'idées suicidaires et de tentatives de suicide » (APA, version française, 2000, p. 774-776). Les auteurs ajoutent que « les envies et les activités de jeu augmentent habituellement pendant les périodes de stress ou de dépression » (idem).

Les critères diagnostiques spécifiques sont les suivants :

« A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) préoccupation par le jeu (p. ex., préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer);

- (2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré;
- (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu;
- (4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu;
- (5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression);
- (6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »);
- (7) ment à sa famille, à son intervenant ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu;
- (8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu;
- (9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu;
- (10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu;

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque » (APA, version française, 2000, p. 777-778).

Objectifs généraux du DÉBA-Jeu

Les objectifs du DÉBA-Jeu sont les suivants :

- Identifier les différents types d'utilisateurs de jeux de hasard et d'argent : les individus dont le comportement de jeu est sans risque ou potentiellement à risque, ceux pour qui le jeu est problématique et ceux répondant aux critères de jeu pathologique;
- À l'aide de cette classification, orienter les individus vers le niveau de services approprié à l'importance de leur problématique en lien avec les jeux de hasard et d'argent. Normalement, les services de première ligne offerts notamment par les CSSS sont destinés aux individus dont le comportement en regard du jeu présente de faibles risques et problématiques, tandis que les joueurs pathologiques sont dirigés vers les centres de réadaptation en toxicomanie et jeu pathologique, responsables d'offrir des services

spécialisés en dépendances. Il se peut que, dans certaines régions, les services aux joueurs soient tous offerts par les CRPAT, mais il s'agit d'ententes particulières et temporaires dans la plupart des cas.

Cadre temporel et algorithme décisionnel

Le cadre temporel retenu dans cet instrument réfère à nouveau aux 12 derniers mois. Contrairement au diagnostic de dépendance à une substance, le DSM-IV-TR ne procure pas cette balise temporelle pour les critères de jeu pathologique. Cette dernière est tout de même adoptée pour le DÉBA-Jeu afin d'uniformiser le cadre temporel utilisé pour la famille des DÉBA.

Le cadre d'élaboration du DÉBA-Jeu est présenté au tableau suivant. Il présente l'ensemble de la démarche d'évaluation quant aux jeux de hasard et d'argent.

Tableau 6. Cadre d'élaboration du DÉBA-Jeu

Concept à évaluer	Seuils sélectionnés	Catégorisation	Décision ⁴
Aucun jeu	Aucun pari ou jeu de hasard ni d'achat de loteries au cours des 12 derniers mois	Pas d'activité de jeu	Arrêt du questionnaire
Jeu à faible risque	Achat uniquement de billets de loterie sans aucun problème rapporté	Feu vert	Arrêt du questionnaire à l'item n° 1
	Score de 0 à 1	Feu vert	Ne semble pas requérir de services
Jeu problématique	Score de 2 à 5	Feu jaune	Intervention possible en première ligne pour les problèmes associés ou référence vers une ressource spécialisée pour le jeu (CRPAT)
Jeu pathologique	Score de 6 à 24	Feu rouge Diagnostic probable de jeu pathologique	Orientation vers le CRPAT pour une intervention spécialisée en jeu pathologique

⁴ Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal de l'utilisateur de recevoir de l'aide afin de changer ses habitudes de jeu.

Les questions du DÉBA-Jeu sont maintenant présentées une à une.

Les questions

Question n° 1 : Présence du comportement de jeu de hasard et d'argent

Cette question est divisée en trois sous-questions. Son but est d'identifier les gens ayant eu des activités significatives de jeu. Elle porte la prémisse que les personnes utilisant uniquement les loteries régulières ou instantanées auront fort probablement peu de problèmes avec ces jeux, surtout si elles ont répondu n'avoir pas éprouvé de difficultés avec les jeux de loterie (question 1c). En fait, les études démontrent que seulement 2 % des consommateurs de loteries ont des difficultés avec de type de jeu (Chevalier et al., 2004). Pour cette question, l'intention n'est donc pas de faire passer le DÉBA-Jeu à toutes les personnes ayant acheté un billet de loto à quelques reprises au cours de la dernière année.

- 1 a) *Avez-vous joué ou parié de l'argent aux loteries vidéo, aux courses de chevaux, aux cartes, au casino, etc.?*

À la suite d'une réponse négative à la question 1a), poursuivre à la question 1b) en vue de détecter les individus qui pourraient potentiellement vivre des difficultés uniquement avec les loteries.

- 1 b) *Avez-vous joué à une loterie quelconque (p. ex. : « La quotidienne », « Super 7 », « La mini » ou les loteries instantanées telles que les « gratteurs » comme le « 7 chanceux », « Mots cachés »)?*

Si la personne répond non à la question 1b), l'évaluation se termine ici.

Dans le cas d'une réponse affirmative, poursuivre à la question 1c. Celle-ci permettra de vérifier la présence de difficultés découlant des comportements de jeu de la personne.

- 1 c) *Avez-vous éprouvé des difficultés avec des jeux de loteries?*

Si la personne répond non, l'évaluation se termine ici. Il est possible cependant de poursuivre l'évaluation malgré une réponse négative dans le but d'obtenir davantage d'informations sur le comportement et les habitudes de jeu de la personne. Ceci est particulièrement approprié si vous considérez que la personne pourrait minimiser les difficultés rencontrées avec le jeu ou si elle est hésitante dans ses réponses.

La section « Commentaires » située sous la question 1 permet d'inscrire toutes les informations pertinentes à la situation de la personne, en ce qui concerne par exemple l'arrêt du questionnaire ou les types de jeux pratiqués, leur intensité, bref toute information utile.

Questions n°s 2 à 7 : Évaluation du degré des difficultés éprouvées avec le jeu

Les questions n° 2 à n° 7 portent sur divers symptômes associés à l'aggravation des habitudes de jeux de hasard et d'argent. Elles ont été sélectionnées à partir d'une étude qui peut être téléchargée sur le site Web du RISQ (www.risqtoxico.ca) (Tremblay, Ménard, & Ferland, 2005). Les questions proviennent pour la majorité des critères diagnostiques pour le jeu pathologique du DSM-IV-TR dans une version de type questionnaire utilisant plus d'une question pour chaque critère (Stinchfield, 2003), d'autres questions sont issues du *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur & Blume, 1987). À partir du score résultant de l'addition des réponses aux questions n°s 2 à 7, le degré de difficulté sera classifié et les personnes seront orientées vers les ressources

appropriées à leurs besoins.

Question n° 2 : Préoccupation par le jeu

Cette question est issue de l'un des critères diagnostiques du DSM-IV-TR et cherche à déterminer l'importance occupée par le jeu dans la vie de l'individu. Lorsqu'une personne pense de plus en plus au jeu, il s'agit d'un indicateur potentiel de l'importance croissante des activités de jeu de hasard et d'argent dans sa vie.

Question n° 3 : Parier ou jouer plus que désiré

L'une des composantes du jeu qui révèle une problématique est la difficulté à contrôler les montants alloués au jeu. La question vise donc à estimer la fréquence d'apparition des moments où la personne a misé des montants plus élevés que ceux planifiés.

Question n° 4 : Recouvrer ses pertes

Le but de cette question est d'évaluer dans quelle mesure la personne cherche à récupérer les montants perdus par le recours aux jeux de hasard et d'argent.

Question n° 5 : Irritabilité ou anxiété lors des périodes d'arrêt ou de diminution du jeu

Cette question permet de cibler dans quelle mesure l'individu expérimente des variations sur le plan de l'humeur (anxiété, irritabilité) lorsque ses activités de jeu sont restreintes, lorsqu'il tente de diminuer le temps qu'il y consacre ou encore lorsqu'il tente de ne pas jouer. Cette irritabilité peut être un indicateur de l'importance du jeu dans la vie de la personne.

Question n° 6 : Mentir pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu

Plusieurs joueurs en traitement ont rapporté avoir tenté de minimiser ou de cacher les conséquences négatives du jeu d'argent à leurs proches. La personne peut tenter de cacher ses épisodes de jeu en modifiant ses habitudes et son horaire d'activité ou de travail, en mentant sur ses déplacements pour aller jouer, etc.

Question n° 7 : Compter sur les autres pour obtenir de l'argent ou composer avec les conséquences du jeu

Lorsqu'une personne emprunte de l'argent à cause de problèmes financiers dus aux jeux d'argent, c'est qu'elle joue probablement beaucoup et au-delà de ses capacités financières.

INTERPRÉTATION DES SCORES

Chacune des réponses sur l'échelle graduée correspond à un score variant de 0 (jamais) à 4 (presque toujours) tel qu'indiqué sur le questionnaire. Ainsi, le score total se compose de l'addition des réponses obtenues pour chacune des questions n° 2 à 7. Le total est ensuite reporté afin de déterminer la sévérité des comportements de jeu et le besoin d'aide de la personne. Le score est interprété selon la classification suivante :

- 0 – 1 : Jeu à faible risque / Feu vert / Peu ou pas d'intervention
- 2 – 5 : Jeu problématique / Feu jaune / Intervention première ligne
- 6 – 24 : Jeu pathologique probable / Feu rouge / Intervention spécialisée (CRPAT)

Question n° 8 : Désir d'aide

Cette question est placée à la fin de l'évaluation pour deux raisons. D'abord, elle ne fait pas partie intégrante de l'évaluation, mais permet de vérifier l'intérêt de la personne à recevoir de l'aide pour modifier ses habitudes en matière de jeux de hasard et d'argent. Cette question vise aussi à faciliter la prise de conscience de l'individu envers sa situation. Dans un deuxième temps, la réponse à cette question peut orienter l'intervention clinique en fournissant des indications quant à l'utilité de faire un travail motivationnel avec la personne avant ou lors de l'entrée dans les services appropriés.

RÉFÉRENCES

ADLAF, Ed, Patricia BÉGIN et Ed SAWKA (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 102 p.

ANDERSON, Peter et collab. (1993). « The risk of alcohol », *Addiction*, vol. 88, n° 11, p. 1493-1508.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R.*, Washington, American Psychiatric Association, 942 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., Paris, Masson, 1008 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR.*, 4nd edition, Washington, American Psychiatric Association, 1008 p.

BONDY, Susan J. et collab. (1999). « Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n° 4, p. 264-270.

CASSWELL, Sally, Jia Fang ZHANG et Allan WYLLIE (1993). « The importance of amount and location of drinking for the experience of alcohol-related problems », *Addiction*, vol. 88, n° 11, p. 1527-1534.

CHEVALIER, Serge et collab. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval, 22 p.

COONEY, Ned L., Allen ZWEBEN et Michael F. FLEMING (1995). « Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health-care settings », dans HESTER R.K. et W. R. MILLER (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (2nd)*, Boston, Allyn and Bacon, p. 45-60.

DAVIDSON, Robin et Duncan RAISTRICK (1986). « The validity of the short alcohol dependence data (SADD) questionnaire: A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence », *British Journal of Addiction*, vol. 81, n° 2, p. 217-222.

DAWSON, Deborah. A., Bridget F. GRANT et Tom C. HARFORD (1995). « Variation in the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problem domains », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 19, n° 1, p. 66-74.

DEMERS, Andrée et Christiane POULIN (2005). « Consommation d'alcool », dans ADLAF, Ed, Patricia BÉGIN et Ed SAWKA (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 20-25.

DOHERTY, Breid et Marcus WEBB (1989). « The distribution of alcohol dependence severity among in-patient problem drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 2, p. 917-922.

EDWARDS, Griffith et Milton M. GROSS (1976). « Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome », *British Medical Journal*, vol. 1, n° 6017, p. 1058-1061.

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION DE 1996-1997 (ENSP) (1998). Ottawa, Statistique Canada, [s. p.].

FAULKNER, Robert, Marie-Claude PAQUETTE et Guylaine DORÉ (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 58 p.

GOSSOP, Michael et collab. (1995). « The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users », *Addiction*, vol. 9, n° 5, p. 607-614.

GRANT, Bridget F. (1994). « Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence: The United States as an example », *Addiction*, vol. 89, n° 11, p. 1357-1365.

JORGE, Miguel Roberto et Jandira MASUR (1985). « The use of the short-form alcohol dependence data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients », *British Journal of Addiction*, vol. 80, n° 3, p. 301-305.

LADOUCEUR, Robert et collab. (1999). « Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 8, p. 802-804.

LESIEUR, Henry R. et Sheila B. BLUME, (1987). « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers », *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, p. 1184-1188.

MACNEIL, Patricia et Ikuko WEBSTER (1997). *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues*, Ottawa, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, 102 p.

MCMURRAN, Mary et Clive R. HOLLIN (1989). « The short alcohol dependence data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 3, p. 315-317.

MIDANIK, Lorraine et collab. (1996). « Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample », *Addiction*, vol. 91, n° 10, p. 1427-1437.

MILLER, William R. et Stephen ROLLNICK (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd edition)*, New York, Guilford Press, 428 p.

MILLER, William R., Nick HEATHER et Wayne W. HALL (1991). « Calculating standard drink units: International comparisons », *British Journal of Addiction*, vol. 86, n° 1, p. 43-47.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 58 p.

RAISTRICK, Duncan, Geoff DUNBAR, et Ruban DAVIDSON (1983). « Development of a questionnaire to measure alcohol dependence », *British Journal of Addiction*, vol. 78, n° 1, p. 89-95.

ROBSON, Ed et collab. (1995). *Drinking Decisions. A Prevention Program for Problem Drinkers. Final Evaluation Report*, Edmonton, Capital Health Authority. Public Health Services, [s. p.].

ROOM, Robin, Susan J.BONDY et John FERRIS (1995). « The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989 », *Addiction*, vol. 90, n° 4, p. 499-513.

SANCHEZ-CRAIG, Martha (1986). « How much is too much? Estimates of hazardous drinking based on clients' self-reports », *British Journal of Addiction*, vol. 81, n° 2, p. 251-256.

SANCHEZ-CRAIG, Martha, Adrian WILKINSON et Rafaela DAVILA (1995). « Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 6, p. 823-828.

SINGLE, Eric et collab. (1999). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 399 p.

STINCHFIELD, Randy (2003). « Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 1, p. 180-182.

TREMBLAY, Joël, Jean-Marc MÉNARD et François FERLAND (2005). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Jeu. Détection du besoin d'aide - Jeux de hasard et d'argent. Version 1.1*, Québec, Service de recherche CRUV / ALTO, 80 p.

TREMBLAY, Joël, Pierre ROUILLARD et Mario SIROIS (2000). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca

TREMBLAY, Joël, Pierre ROUILLARD et Mario SIROIS (2000). « L'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) », *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca

ANNEXE 1: DÉBA-ALCOOL

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)		Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)		Age	☐ Femme	☐ Homme
No. tél. résidence	-	Autre no. téléphone	-	No. dossier:		

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- ☐ Jamais consommé
☐ Moins d'une fois par mois
 i.e total de 11 fois ou moins/an
☐ 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
☐ 1 ou 2 fois par semaine
☐ 3 fois et plus par semaine

Terminer ici**Passer aux quest. 2 et 3****Question #2 Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...**

... combien de journées par semaine buvez-vous? X ... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement? = Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Voir charte au verso

Question #3 (Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...

FEMMES ☐ ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
 HOMMES ☐ ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Si cons./sem. est de 10 et + pour les femmes et 15 et + pour les hommes
 OU
 Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +,
 passer aux quest. 4 à 19.
 Sinon, terminer ici.

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool.
 Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et
 répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." Noircir la case appropriée.

- | | Jamais | Quelquefois | Souvent | Presque toujours |
|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire? | 4. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas? | 5. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire? | 6. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Buvez-vous du matin au soir? | 7. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson? | 8. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain? | 9. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes? | 10. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter? | 11. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées? | 12. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée? | 13. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil? | 14. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements? | 15. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens? | 16. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires? | 17. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille? | 18. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? ☐ Oui ☐ Non | | | | |

QBDA
 Total 4 à 18

Date

	-		-	
Année		Mois		Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

Interprétation au verso

--	--	--	--	--	--	--	--

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
43 ml (≅ 1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.
375 ml (≅ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (≅ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 (≅ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
	1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons.	
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	"VIN FORTIFIÉ (20%)"
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 petit baril = 15 cons.	1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)

Interprétation des scores du QBDA

- 0-9 Intervention première ligne en CSSS
 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
 18-45 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire
 parvenir la présente évaluation à
 _____ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 20.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 21.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 22.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? 23.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....24.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08? 25.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? 26.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool? 27.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 28.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

--	--	--	--	--	--	--	--

No de dossier

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et Prénom de l'usager

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de l'évaluation

--	--	--	--

Année

--	--

Mois

--	--

Jour



Lorsque vous avez déterminé, à l'aide du DÉBA-A et DÉBA-D que la consommation de l'usager correspond à un niveau de service tel qu'offert en CLSC, vous pouvez ensuite évaluer si l'usager est éligible au programme Alcochoix+.

Pour être éligible à Alcochoix+, l'usager ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A de référence en première ligne. De plus, il ne doit pas présenter une consommation de drogues dite à risques, telle qu'évaluée à l'aide du DÉBA-D. Il faut ensuite rappeler que le client inscriptible à Alcochoix+ prend généralement entre 15 et 35 consommations / semaine pour l'homme et la femme, mais en se rappelant que la quantité n'est pas un critère en soi. Plutôt, l'individu ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A pour éligibilité à des services de première ligne (donc l'évaluation du degré de dépendance et de l'importance des conséquences de la consommation d'alcool). De plus, vous demeurez prudent en surveillant l'évolution de la personne dans le programme. Il se peut que la personne révèle, à la suite de son acceptation dans le programme, une consommation plus élevée que celle révélée au départ ou encore qu'elle vous révèle une consommation de drogues dont elle n'avait pas parlé, etc. Vous devrez alors prendre une nouvelle décision d'orientation, de concert avec la personne. Vous devez exercer votre jugement et ne pas tenter de garder à tout prix l'usager dans le programme Alcochoix+ si sa situation de consommation ne correspond pas aux critères d'admission.

Si un des critères suivant est présent, on ne peut admettre la personne à Alcochoix+

- | | | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
|--|------|-----------------------|-----------------------|
| 1. La personne dépasse les critères de consommation à risques pour les drogues, tel qu'évalué à l'aide du DÉBA-D (si oui, offrir autre type de suivi de première ligne) | 1. ○ | ☐ | ☐ |
| 2. Un médecin vous a-t-il récemment demandé de cesser de boire en raison d'un problème médical (ex.: une maladie du foie, une pancréatite, etc.)? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence..... | 2. ○ | ☐ | ☐ |
| 3. Êtes-vous enceinte? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence | 3. ○ | ☐ | ☐ |

Autres critères à considérer

- | | | |
|--|------|-----------------------|
| 4. Traversez-vous actuellement une période de crise dans votre vie personnelle?..... | 4. ○ | ☐ |
|--|------|-----------------------|

Si oui, précisez: _____

Si la personne vit une des situations de crise, évaluer si elle est si importante que la personne serait incapable de participer au programme. Parfois les situations de crise suscitent la motivation à agir. Il faut évaluer si la personne a besoin d'autres services concomitants.

- | | | |
|--|------|-----------------------|
| 5. Est-ce que vous vivez des difficultés psychologiques comme de la dépression, de l'anxiété ou d'autres difficultés de santé mentale (bien faire préciser la nature, la durée et l'intensité)? Est-ce que vous consultez un professionnel pour ces difficultés? | 5. ○ | ☐ |
|--|------|-----------------------|

Si oui, précisez: _____

Si la personne vit des difficultés de santé mentale, évaluer, tout comme la situation de crise, si elle est tellement importante que la personne serait incapable de participer au programme. Sinon, inscrire la personne au programme. À nouveau, évaluer la pertinence de services concomitants.

- | | | |
|--|------|-----------------------|
| 6. Prenez-vous des médicaments prescrits sur une base régulière? | 6. ○ | ☐ |
|--|------|-----------------------|

Si oui, lesquels: _____

Est-ce que votre médecin ou pharmacien(e) vous a recommandé d'éviter l'alcool avec la prise de ce médicament. N.B.: En cas de doute, faire les vérifications auprès d'un médecin ou pharmacien et suivre sa recommandation.

Commentaires

Nom de l'évaluateur

--

Signature de l'évaluateur

ANNEXE 2 : CHOIX DE RÉPONSES DU DÉBA-ALCOOL

DÉBA-Alcool

QBDA (Questions 4 à 18)

Depuis un an...

Jamais

Quelquefois

Souvent

Presque toujours

DÉBA-Alcool

ÉCCA (Questions 20 à 28)

Depuis un an...

Jamais

Une fois

2 ou 3 fois

4 à 10 fois

Tous les mois (12 à 51 fois)

Toutes les semaines (52 fois et plus)

ANNEXE 3 : DÉBA-DROGUES

☐ Femme
☐ Homme

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Age

No. dossier:

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionnaire sur chacun des produits
 - Liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	
1. Médicaments sédatifs	☐	☐	☐	☒	☐	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes
						☐ Dépasse posologie ☐ De plus d'un médecin ☐ Non-prescrits

No. tél. résidence

Autre no. téléphone

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	
2. Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	
3. PCP	☐	☐	☐	☐	☐	☒ Oral ☐ Nasal "sniffé" ☐ Fumé ☐ Injecté
4. Hallucinogènes	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Cocaïne	☐	☐	☐	☐	☐	☒ Oral ☐ Nasal "sniffé" ☐ Fumé ☐ Injecté
6. Autres stimulants	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Opiacés	☐	☐	☐	☐	☐	☒ Oral ☐ Nasal "sniffé" ☐ Fumé ☐ Injecté
8. Inhalants	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	☐	☐	☐	☐	☐	Si l'utilisateur a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

☐ Méd. sédatifs
☐ Cannabis
☐ PCP
☐ Hallucinogènes
☐ Cocaïne
☐ Autres stimulants
☐ Opiacés
☐ Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____, DEPUIS UN AN...

10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?..... 10.
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux? 11.
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée? 12.
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?.. 13.
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____? 14.

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3

14. ☐ Facile (0) ☐ Très difficile (2)
☐ Assez difficile (1) ☐ Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? ☐ Oui ☐ Non

ÉSD / Total =

Interprétation au verso

Date

Année

Mois

Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

1. Médicaments sédatifs**Anxiolytiques**

Alprazolam* (Xanax®)
 Bromazépam* (Lectopam®)
 Buspirone (Buspar®)
 Chlordiazépoxide (Librax®, Librium®)
 Clonazépam* (Rivotril®)
 Clorazépate* (Tranxene (D))
 Diazépam* (Valium®)
 Hydroxyzine (Atarax®)
 Lorazépam* (Ativan®)
 Meprobamate (282 MEP®)
 Oxazépam* (Serax(D))

Hypnotiques

Flunitrazépam (Rohypnol)
 Flurazépam* (Dalmane (D))
 Hydrate de Chloral
 Nitrazépam* (Mogadon®)
 Témazépam* (Restoril®)
 Triazolam (Halcion(D))
 Zolpidem (Stamoc (D))
 Zolpidem (Imovane®)
Barbituriques
 Triallital (Fiorinal®, Trianal®)
 Phénobarbital (Bellergal®, Donnatal (D))

5. Cocaïne

Cocaïne (prise + I.V.)
 Crack (fumé)
 Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine®, Adderall®, Crystal)
 Métamphétamine (Crystalmeth, Méthédrine)
 Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®)
 Phéromine (Ionamin® (D), Fastin)
 Phénéthrazine (Preludine (D))

8. Inhalants

Aérosol
 Colle
 Chloroforme
 Décapant
 Dissolvant
 Essence
 Peinture
 Poppers

Légende:

* = Type benzodiazépine
 ® = Nom commercial
 Italique = Nom de rue
 D = Discontinué

7. Opiacés

Buprénorphine (Suboxone®)
 Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®)
 Diphénoxylate (Lomotil®)
 Fentanyl (Duragesic®)
 Héroïne (Smack)
 Hydrocodone (Tussionex®)
 Hydromorphone (Dilaudid®)
 Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)

Sirops avec codéine ou hydrocodone

(Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)
 Benylin® codéine 3,3 mg D-E
 Dalmacol®
 Dimetane-Expectorant-C-DC®
 Novahistex C et DH®
 Tussaminc® DH
 Triaminic® C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD

- 0-2 **Intervention première ligne en CSSS**
 3-5 **Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation**
 6-15 **Intervention par centre spécialisé en toxicomanie**

J'autorise _____ à faire
 parvenir la présente évaluation à _____
 et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez :	23. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. ☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANNEXE 4 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-DROGUES

DÉBA-Drogues

(Questions 1 à 9)

Depuis un an...

Jamais

Moins d'une fois par mois

1 à 3 fois par mois

1 à 2 fois par semaine

3 fois et plus par semaine

DÉBA-Drogues

ÉSD (Questions 10 à 14)

Depuis un an...

Jamais ou presque jamais

Quelquefois

Souvent

Toujours ou presque toujours

DÉBA-Drogues

ÉCCD (Questions 16 à 24)

Depuis un an...

Jamais

Une fois

2 ou 3 fois

4 à 10 fois

Tous les mois (12 à 51 fois)

Toutes les semaines (52 fois et plus)

ANNEXE 5 : DÉBA-JEU

ANNEXE 6 : CHOIX DE RÉPONSES POUR LE DÉBA-JEU

DÉBA-Jeu

(Questions 2 à 7)

Depuis un an...

Jamais

Rarement

À l'occasion

Souvent

Presque toujours

ANNEXE 7 : TABLEAU DES PRODUITS FRÉQUEMMENT CITÉS PAR LES USAGERS

HALLUCINOGENÈS			
Acide / L.S.D. Champignons / Psilocybine	Ecstasy / MDMA Nexus	Mescaline / Peyotl Phencyclidine (PCP) / Kétamine	
Salvia			
INHALANTS			
Colle Chloroforme Décapant (remover) Dissolvant (thinner)	Essence Ether Pam Poppers	Spray Net Térébenthine Varathane Vernis à ongles	
AUTRES			
GHB (Sédatif)			
BARBITURIQUES			
<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>		
Amytal	{	Amobarbital	
Tuinal		Butabarbital	
Butisol	{	Pentobarbital	
Carbital		Butalbital	
Nembutal		Phénobarbital	
Fiorinal (avec ou sans codéine)		Sécobarbital	
Phénobarbital			
Séconal			
SÉDATIFS / HYPNOTIQUES / TRANQUILLISANTS			
ANXIOLYTIQUES		HYPNOTIQUES	
<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>	<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>
Atarax	Hydroxyzine	Dalmane ²	Flurazépam
Ativan ²	Lorazépam	Doriden	Gluthétimide
Buspar ¹	Buspirone	Halcion ²	Triazolam
Equanil	Méprobamate	Imovane	Zopiclone
Lectopam ²	Bromazépam	Mandrax	Méthaquealone
			Diphenhydramine
Librium ²	Chlordiazépoxide	Mogadon ²	Nitrazépam
Rivotril ²	Clonazépam	Noctec	Hydrate de chloral
Sérax ²	Oxazépam	Noludar	Méthypylone
Tranxène ²	Clorazépate	Placidyl	
Valium ²	Diazépam	Restoril ²	Témazépam
Xanax ²	Alprazolam	Rouqualone	Méthaquealone
		Starnoc	Zaleplon
¹ aucun potentiel addictif ² Benzodiazépines			

ANTIPSYCHOTIQUES / ANTIDÉPRESSEURS

STABILISATEURS DE L'HUMEUR

ANTIPSYCHOTIQUES		ANTIDÉPRESSEURS	
<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>	<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>
Clozaril	Clozapine	Anafranil	Clomipramine
Fluanxol	Flupenthixol	Aventyl	Nortriptyline
Haldol	Halopéridol	Celexa	Citalopram
Largactil	Chlorpromazine	Desyrel	Trazodone
Loxapac	Loxapine	Effexor	Venlafaxine
Majeptil	Thiopropérazine	Elavil	Amitriptyline
Modecate	{ Fluphénazine	Ludiomil	Maprotiline
Moditen		Luvox	Fluvoxamine
Neuleptil	Péricyazine	Manerix	Moclobémide
Nozinan	Méthotriméprazine	Nardil	Phénelzine
Orap	Pimozide	Norpramin	Désipramine
Piportil	Pipothiazine	Paxil	Paroxétine
Risperdal	Rispéridone	Parnate	Tranlycypromine
Serentil	Mésoridazine	Prozac	Fluoxétine
Seroquel	Quétiapine	Remeron	Mirtazapine
Stélazine	Trifluopérazine	Serzone*	Néfazodone
Stémétil	Prochlorpérazine	Sinequan	Doxépine
Tarasan	Chlorprothirène	Surmontil	Trimipramine
Trilafon	Perphénazine	Tofranil	Imipramine
Zyprexa	Olanzapine	Zoloft	Sertraline
		Wellbutrin	{ Bupropion
		Zyban	

*retiré du marché en 2004

STABILISATEURS DE L'HUMEUR

<u>NOM COMMERCIAL</u>	<u>NOM GÉNÉRIQUE</u>
Epival	Divalproex / Acide valproïque
Lamictal	Lamotrigine
Lithium / Lithane / Duralith / Carbolith	Carbonate de lithium
Neurontin	Gabapentine
Tegretol	Carbamazépine
Topamax	Topiramate
Trileptal	Oxcarbazépine

Lucie Gallichand, infirmière CRUV
 Roland Poulin, infirmier CRUV
 Dr. Pierre Rouillard, psychiatre CRUV